

Astrid ELSBERND & Katrin BADER

(Hochschule Esslingen)

**Herausforderungen bei der Konzeption von
primärqualifizierenden Pflegestudiengängen**

Online unter:

http://www.bwpat.de/ausgabe34/elsbernd_bader_bwpat34.pdf

in

bwpat Ausgabe Nr. 34 | Juni 2018

Was berufliche und akademische Bildung trennt und verbindet.

**Entgrenzungen an der Schnittstelle von Berufsschule, Betrieb,
Hochschule und Universität**

Hrsg. v. **Martin Fischer, H.-Hugo Kremer, Julia Gillen & Ines Langemeyer**

www.bwpat.de | ISSN 1618-8543 | ***bwpat*** 2001–2018

bwpat

www.bwpat.de



Herausgeber von ***bwpat*** : Karin Büchter, Martin Fischer, Franz Gramlinger, H.-Hugo Kremer und Tade Tramm

Berufs- und Wirtschaftspädagogik - online

Online: http://www.bwpat.de/ausgabe34/elsbernd_bader_bwpat34.pdf

Durch die Verabschiedung des Pflegeberufereformgesetzes (2017) ist die Erstausbildung in der Pflege erstmals als Berufsausbildung und Studium im Regelbetrieb möglich. Diese Entwicklung bedeutet, Anschluss an die internationale Pflegebildung zu halten und Pflegenden von Beginn an auf einem akademischen Niveau auszubilden. Bei der Konzeption von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen stehen die Hochschulen gemeinsam mit den kooperierenden Praxiseinrichtungen vor der Aufgabe, den teilweise hierfür gegenläufigen Anforderungen an Pflegebildung aus berufs- und hochschulrechtlicher Sicht zu entsprechen und zugleich die Traditionen des Sonderwegs der Pflegeausbildung nicht auf das primärqualifizierende Pflegestudium zu übertragen. Eng damit verbunden ist, wie die Studierenden wissenschaftsbezogene und praxisbezogene Kompetenzen in primärqualifizierenden Pflegestudiengängen auf Niveau 6 des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen gleichermaßen erwerben. Vor dem Hintergrund einer gestuften Kompetenzentwicklung am Lernort Hochschule, im Skills-Lab und am Lernort Praxis spielen neben einer Vielzahl an curricular zu integrierenden didaktischen Prinzipien ein ausgewogenes Maß an Wissenschafts-, Praxis-, Situations- und Persönlichkeitsorientierung eine Rolle. Ausgehend vom entwickelten Curriculum (Elsbernd/Bader 2017) ist unser Anliegen, in diesem Beitrag auf die von Hochschulen zu bewältigenden Herausforderungen wie generalistische versus profilbildende und fächerübergreifende versus fachsystematische Ausrichtung, fachdidaktische Standortbestimmung, didaktische Funktionen der Lernorte und wechselseitigen Theorie-Praxis-Transfer einzugehen, um die Diskussion zu bereichern und einen erneuten Sonderweg der Pflegebildung zu vermeiden..

Challenges in designing vocational undergraduate degree courses in nursing

The Nursing Profession Reform Act (Pflegeberufegesetz, 2017) has made it possible, for the first time, to complete initial nursing education as a regular vocational degree course. This development is in line with nursing education at international level and means that nursing professionals are educated to an academic standard from the outset. When designing vocational undergraduate degree courses in nursing, the higher education institutions and workplaces must cooperate to meet the sometimes contradictory requirements of the professional establishment and of higher education. At the same time, they must ensure that the traditions associated with the “exceptional case” of nursing education in Germany are not transferred to such degree courses. Related to this is the question of how students on vocational nursing degree courses at bachelor level (i.e. level six of the German Qualifications Framework for Lifelong Learning) can acquire academic and practical competencies in equal measure. To facilitate a step-by-step approach to developing competencies at higher education institutions, in the skills lab, and in practical settings, a number of teaching principles must be integrated into the curriculum. It is also important to find the right balance of academic, practical, situational, and personal focus. Based on the curriculum developed by Elsbernd and Bader (2017), this paper aims to address the challenges faced by higher education institutions, such as whether to offer a generalised or unique approach, an interdisciplinary or specialist approach; also the role of location in specialised teaching, and the benefits of certain learning locations; as well as the exchange between theory and practice. It is to be hoped that this paper will enrich the debate in this area and help prevent German nursing education from becoming an exceptional case once again.

Herausforderungen bei der Konzeption von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen

1 Aktuelle Bedingungen in der Pflegebildung

Pflegebildung unterliegt europäischen und nationalen gesetzlichen Regelungen, die auf vielfältige Weise insbesondere, die Ausbildung/Primärqualifizierung in der Pflege regeln. Dabei ist hervorzuheben, dass der Pflegeberuf in Deutschland in mehrfacher Hinsicht eine Sonderstellung einnimmt und auch im europäischen und allgemein internationalen Vergleich deutlich anders geregelt ist. Üblich ist es im europäischen (und weiteren internationalen) Ausland seit vielen Jahren, dass ein generalistisch angelegtes (also die Zusammenführung der Berufszweige „Gesundheits- und Krankenpflege“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ und „Altenpflege“) primärqualifizierendes Studium zur Berufszulassung erfolgreich absolviert wird (vgl. Landenberger 2005, 177ff.; Behrendt 2008, 118ff.; Lehmann et al. 2014, 143ff.). Eine zentrale Besonderheit ist dabei, dass die praktische Ausbildung (derzeit mit 2300 Stunden nach europäischem Recht gemäß Art. 31 Abs. 3 der Richtlinie 2013/55/EU in das Studium von sieben oder acht Semestern integriert) vom Umfang her als sehr hoch bezeichnet werden darf und die Konstruktion von Bachelorstudiengängen erschwert.

Historisch betrachtet, erfolgt die Pflegeausbildung in Deutschland einem langjährigen Sonderweg im Vergleich zu anderen Berufen. Bei der Pflege als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen (vgl. Bals/Dielmann 2013, 180) handelt es sich um einen reglementierten Beruf (vgl. Wollnik 2012, 54), der den Gesundheitsfachberufen zugeordnet wird und damit einem nicht akademischen Heilberuf entspricht. Die Pflegeausbildung erfolgt außerhalb des dualen Berufsbildungssystems und damit nicht nach dem Berufsbildungsgesetz bzw. der Handwerksordnung, so dass sie wie andere Gesundheitsfachberufe auch gemäß den bundeseinheitlichen Berufszulassungsgesetzen geregelt ist (vgl. Zöller 2012, 6f.). Infolgedessen findet die Pflegeausbildung überwiegend an staatlich anerkannten Schulen des Gesundheitswesens in freier Trägerschaft und seltener an beruflichen Schulen (Berufsfachschule oder Fachschule) nach Schulrecht der Länder statt (vgl. Weidner/Kratz 2012, 12). Traditionellerweise gliedern sich die drei in Deutschland vorkommenden Pflegeberufe entlang des Lebensalters in drei Berufsausbildungen mit je verschiedenen Berufsbezeichnungen als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_in, Gesundheits- und Krankenpfleger_in (vgl. § 1 Abs. 1 KrPflG) und Altenpfleger_in (vgl. § 1 AltPflG).

Seit Einführung der Modellklausel in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die Berufe in der Alten- und Krankenpflege können mit Genehmigung der zuständigen Landesbehörde sog. Modellausbildungen erprobt werden (§ 4 Abs. 6 AltPflAPrV; § 4 Abs. 6 KrPflAPrV). Dadurch sind generalistische Pflegeausbildung mit Zusammenführung der drei Pflegeberufe in eine gemeinsame Pflegeausbildung (vgl. Görres et al. 2009, 38) ebenso wie

ausbildungsintegrierte/-begleitete Pflegestudiengänge entstanden. Dabei werden jeweils im Rahmen der beruflichen Pflegeausbildung erworbenen Kompetenzen auf das Pflegestudium in großen Umfängen angerechnet und sind insgesamt auf die Lernorte „Schule“, „Hochschule“ und „Praxis“ verteilt (vgl. Dangel/Korporal 2014, 52). In diesen trial-strukturierten Bildungsangeboten erfolgt Pflegebildung u. E. nicht an allen drei Lernorten auf einem akademischen Niveau, was bei primärqualifizierenden Pflegestudiengängen möglich ist. Aufgrund dessen, dass die Primärqualifizierung auf Hochschulebene in Deutschland bislang nicht flächendeckend eingeführt ist, hinkt die Pflegeausbildung den internationalen Entwicklungen deutlich hinterher. Hingegen ist dies innerhalb der Europäischen Union in 21 von 25 Mitgliedstaaten der übliche Bildungsweg (vgl. Deutscher Bildungsrat 2007, 4).

Auch wenn hierzulande die Pflege als Berufsgruppe wiederholt Versuche unternommen hat, die Pflegeausbildung einerseits in das duale Berufsbildungssystem zu überführen und andererseits eine Akademisierung der pflegerischen Erstausbildung auf Hochschulebene zu erlangen, so sind diese Bestrebungen bislang nur bedingt erfolgreich gewesen. Darüber hinaus haben sich hinsichtlich der vertikalen und horizontalen Durchlässigkeit in der Pflegeausbildung sog. Bildungssackgassen entwickelt, die es ebenso wie den eingeschlagenen pflegeberufsbildenden Sonderweg aufzulösen gilt. Nach mehrjähriger Diskussion, zahlreichen Forderungen und vielfältigen Positionierungen wurde im Jahr 2017 das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) verabschiedet, wonach es ab dem Jahr 2020 zwei Bildungswege geben wird:

- Berufliche Pflegeausbildung als Berufsausbildung im Sekundarbereich II mit den Lernorten „Schule“ (Schulen des Gesundheitswesens, Berufsfachschule oder Fachschule) und „Praxis“ (Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen) fokussiert Pflegeprozesse im Sinne des Ausbildungsziels „die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen und der zugrunde liegenden Lernkompetenzen sowie der Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion“ (§ 5 Abs. 1 PflBRefG 2017).
- Hochschulische Pflegeausbildung als primärqualifizierender Pflegestudiengang im Tertiärbereich mit den Lernorten „Hochschule“ (Universität, Hochschule für angewandte Wissenschaften, Duale Hochschule oder Berufsakademie) und „Praxis“ (Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen) fokussiert hochkomplexe Pflegeprozesse im Sinne des erweiterten Ausbildungsziels „die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen nach § 5 Absatz 2 in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik“ (§ 37 Abs. 2 PflBRefG 2017).

Doch zu welchen Anteilen sollen diese beiden Bildungswege in der Pflege in Deutschland vorkommen? Da es sich um eine Teilakademisierung und keine Vollakademisierung der Berufsgruppe „Pflege“ handelt, wird im Sinne der politischen Forderung des Wissenschaftsrates (2012) angestrebt, dass zukünftig 10 % bis 20 % der Pflegenden akademisch (aus-)gebildet werden. Damit hat sich Deutschland entschieden, Fachkräfte auf unterschiedlichen

pflegeberuflichen Qualifikationsniveaus auszubilden, ebenso wie beispielsweise in den Niederlanden (vgl. Lehmann et al. 2014, 144f.), der Schweiz (vgl. Mühlherr 2013, 2f.) und den USA (vgl. Koch 2012, 133). In enger Verbindung dazu stellt sich die Frage, welche Auswirkungen mit den unterschiedlichen pflegeberuflichen Qualifikationsniveaus einhergehen, wobei international hierzu lediglich eine Forschungsarbeit vorliegt (vgl. Panknin 2017, 88f.). Diesbezüglich hat Aiken et al. (2017) in sechs europäischen Ländern (Belgien, England, Finnland, Irland, Schweiz, Spanien) nachgewiesen, dass auf Stationen in Krankenhäusern mit zunehmendem Anteil an Pflegenden mit einem Bachelorgrad sowohl für die Pflegeempfänger_innen als auch das Pflegepersonal die wahrgenommene Pflegequalität höher ist. Darüber hinaus darf festgestellt werden, dass die internationale Pflegewissenschaft mittlerweile über einen enormen (empirisch abgesicherten) Wissensbestand verfügt, der im Rahmen von akademischer Bildung eher verfügbar gemacht werden kann. Dieses aktuelle Wissen (z. B. in den Bereichen der Mobilitätsförderung, Ernährungsmanagement, Schmerzmanagement, Soziale Teilhabe bei Pflegebedürftigkeit und viele weitere Themen) muss in pflegerische Konzeptionen und Instrumente übersetzt und in die direkte Pflege hineingebracht werden. Dieser komplexe Theorie-Praxis-Transfer bedarf einer akademischen Absicherung.

Beide pflegeberuflichen Bildungswege gliedern sich in einen theoretischen Teil am Lernort „Schule“ bzw. am Lernort „Hochschule“ und einen praktischen Teil am Lernort „Praxis“. Damit handelt es sich trotz des eingeschlagenen Sonderwegs um eine dual strukturierte Berufsausbildung in der Pflege (vgl. Zöllner 2012, 6). Blickt man in die Tradition der praxisintegrierten dualen Studiengänge zeigt sich, dass sich ein wissenschaftsbezogenes Studium mit länger andauernden Praxisanteilen in Betrieben verbindet und so an zwei Lernorten erfolgt (vgl. Weiß 2016, 25). Dies ist für primärqualifizierende Pflegestudiengänge zutreffend (§ 38 PflBRefG 2017), so dass sie von der Struktur her ähnlich zu den praxisintegrierten dualen Studiengängen anderer Berufe sind (vgl. Darmann-Finck 2016, 92).

Bei der Neuausrichtung beider Bildungswege in der Pflege sind jeweils die berufsrechtlichen Vorgaben der europäischen, bundeseinheitlichen und länderspezifischen Ebene zu berücksichtigen. Für primärqualifizierende Pflegestudiengänge ist es des Weiteren erforderlich, dass im Rahmen der Studiengangkonzeptionen dem europaweit geltenden Bologna-Prozess, den Hochschulgesetzen des Bundes und der Bundesländer sowie den ländergemeinsamen Vorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen der Kultusministerkonferenz (2010) gefolgt wird.

Demnach ergeben sich bei der Konzeption primärqualifizierender Pflegestudiengänge, worauf in diesem Beitrag der Fokus liegt, aus pflegeberufs- und hochschulrechtlicher Sicht viele zu erfüllende Anforderungen. Aus der aufgezeigten Historie im nationalen Kontext wird ersichtlich, dass es sich beim Pflegeberuf um keinen originär akademischen Heilberuf wie Medizin oder Pharmazie handelt (vgl. Bals/Dielmann 2013, 180). Demzufolge sind die Berufszulassungsgesetze der Pflege zum Teil widersprüchlich zu den seit dem Bologna-Prozess erforderlichen Vorgaben für Bachelor- und Masterstudiengänge. Dies stellt die entwickelnden Personen bei der Konzeption primärqualifizierender Pflegestudiengänge immer wieder vor Herausforderungen. Diese können als Entwicklungschancen oder Entwicklungsbegrenzungen

betrachtet werden und sind von den Verantwortlichen angemessen für die Pflege als Berufsgruppe zu lösen. Dabei sind u. E., insbesondere die daran beteiligten Institutionen und involvierte Personengruppen in den Blick zu nehmen:

- Die Hochschulen als Lernort beziehen sich in der Lehre auf Wissenschaften und orientieren sich an den für die Bewältigung von pflegeberuflichen Handlungssituationen relevanten Theorien.
- Die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen als Lernort beziehen sich auf die Pflegepraxis und orientieren sich an den in pflegeberuflichen Handlungssituationen vorkommenden Handlungen.
- Aus Sicht der Studierenden sollte ein Pflegestudiengang studierbar sein und zur Beschäftigungsfähigkeit in Form der Berufszulassung in der Pflege führen.
- Aus Sicht der Lehrenden (Professor_innen des Lernorts „Hochschule“ und Anleiter_innen des Lernorts „Praxis“) sollte ein Pflegestudiengang lehrbar und innovativ sein.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche der an primärqualifizierende Pflegestudiengänge gestellte Anforderungen in welcher Tragweite eine höherwertige Priorität haben als andere Anforderungen und was dies speziell für die Pflegebildung sowie allgemein für die Berufsbildung bedeutet, wird im Folgenden anhand von Thesen dargestellt. Damit einhergehend wird das Ziel verfolgt, einen erneuten Sonderweg der Pflegeausbildung insbesondere von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen zu vermeiden.

2 Herausforderungen und Chancen von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen

2.1 These 1: Bildungsziele sind leitend für die curriculare Ausgestaltung eines primärqualifizierenden Studiengangs und müssen eine Abgrenzung zu fachschulischen Ausbildungen aufweisen.

Die Absolvent_innen von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen werden für die originäre Pflege („am Bett“) ausgebildet, um im Anschluss an das Studium in der direkten Versorgung von Pflegeempfänger_innen in unterschiedlichen Pflegesettings tätig zu sein, die Fallsteuerung zu übernehmen, für den Pflegeprozess verantwortlich zu sein, die Qualität der Pflege weiterzuentwickeln sowie für die Anleitung und Beratung zuständig zu sein (vgl. Darmann-Finck 2016, 363f.). Damit liegt der Fokus der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge weder auf dem Pflegemanagement noch auf der Pflegepädagogik, sondern auf der Pflegepraxis insbesondere in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten. Dafür benötigen die Absolvent_innen sowohl wissenschaftsbezogene Kompetenzen als auch pflegepraktische Kompetenzen, so dass die Studierenden im Rahmen ihrer Studienzeit pflegeberufliche Handlungskompetenzen in beiden Bereichen gleichermaßen erwerben und weiterentwickeln müssen.

Innerhalb der Berufsgruppe wird es damit in den unterschiedlichen Pflegesettings zukünftig einen Skills-Mix geben, der der Forderung des Wissenschaftsrates (2012) von 10 % bis 20 % akademisch ausgebildete Pflegende entspricht. Wie in anderen Berufen, die sowohl akademisch als auch nicht akademisch ausgebildet werden, stellt sich die Frage, wodurch sich die Dimensionen beruflicher Handlungskompetenz unterscheiden. Pahl (2017) stellt hierzu Annahmen zur Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz auf (siehe Tabelle 1), die auf den Pflegeberuf und andere Berufe wie beispielsweise Erzieher_in als nicht akademische Berufsbezeichnung und Kindheitspädagog_in als akademische Berufsbezeichnung zu übertragen sind.

Tabelle 1: **Vergleich von Kompetenzen (Pahl 2017, 414)**

Vergleichskriterien	Vergleichsbereiche	
	nicht-akademische Berufe	akademische Berufe
Fachkompetenz	spezialisiert, aber begrenzt	hochspezialisiert und vertieft
Methodenkompetenz	arbeitsprozessbezogen notwendig	umfassend arbeitsprozess- und wissenschaftsbezogen erforderlich
Sozialkompetenz	notwendig	notwendig

Eng damit verbunden ist die begründete Auswahl eines geeigneten Kompetenzmodells. Im Rahmen unserer curricularen Arbeit für einen primärqualifizierenden Pflegestudiengang (Elsbernd/Bader 2017) ist es uns wichtig gewesen, einerseits sowohl die Kompetenzstruktur als auch das Kompetenzniveau abzubilden und andererseits für beide Studienanteile (theoretisch und praktisch) ein gleichermaßen geeignetes Kompetenzmodell zu finden. Vor dem Hintergrund, dass Pflegeausbildung im beruflichen und hochschulischen Sektor stattfindet und bei der Aufnahme eines Pflegestudiengangs ggf. eine Anrechnung pflegeberuflich erworbener Kompetenzen erfolgt, haben wir uns für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (2011/2013) entschieden, da er einen Kompetenzbegriff, eine Kompetenzstruktur und ein Kompetenzniveau zugrunde legt und bildungsbereichsübergreifend ist (vgl. Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen 2011, 3ff.). Um einen stufenweisen Aufbau von wissenschafts- und praxisbezogenen Kompetenzen curricular abzubilden, haben wir uns zudem an den drei Kompetenzebenen des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin angelehnt. Damit ist der Erwerb von Faktenwissen (Kompetenzebene 1) Voraussetzung für den Erwerb von Begründungswissen (Kompetenzniveau 2) und dies wiederum Voraussetzung für den Erwerb von Handlungskompetenz (Kompetenzebene 3). Bevor Handlungskompetenz selbstständig und situationsadäquat in komplexen Pflegesituationen durchgeführt werden kann, ist sie unter systematischer Anleitung durchzuführen (vgl. Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland 2015, 19f.).

Aus inhaltlicher Sicht geben die in § 5 und § 37 des Pflegeberufereformgesetzes formulierten Ausbildungsziele und der basierend auf den europäischen Richtlinien (Richtlinien

2005/36/EG und 2013/55/EU) erstellte Kompetenzrahmen der European Federation of Nurses Associations (2015) einen Orientierungsrahmen für die Studiengangskonzeption. Für die hochschulische Pflegebildung wurde von der Berufsgruppe ein Fachqualifikationsrahmen Pflege erarbeitet, der sich ebenfalls am Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen orientiert und pflegespezifische Kompetenzen auf Bachelor-, Master- und Promotionsebene differenziert darstellt (vgl. Hülsken-Giesler/Korporal 2013, 20ff.). Demnach haben Absolvent_innen von Bachelorstudiengängen exemplarisch folgende Kompetenzen:

- Sie besitzen „Kenntnis und Verständnis wissenschaftstheoretischer Grundlagen der Pflegewissenschaft, die zumindest auf dem Niveau wissenschaftlichen Lehrbuchwissens basieren. Sie verfügen damit zugleich über ein entsprechendes Verständnis der relevanten Bezugswissenschaften.“ (Hülsken-Giesler/Korporal 2013, 25)
- Sie besitzen „Kenntnis und Verständnis von Methoden und Techniken professionellen Handelns.“ (Hülsken-Giesler/Korporal 2013, 25)
- Sie besitzen „ein Verständnis von der Komplexität des multidisziplinären und multiprofessionellen Kontextes der professionellen Pflegearbeit. Sie erkennen die Relevanz entsprechender (pflege-) wissenschaftlicher Begründungen.“ (Hülsken-Giesler/Korporal 2013, 25)
- Sie besitzen die Fähigkeit, „neue, unklare und ggf. vielschichtige Problemstellungen als solche zu erkennen und zu ihrer Analyse auf angemessene und gesicherte Quellen und einschlägige Akteure zurückzugreifen.“ (Hülsken-Giesler/Korporal 2013, 27)
- Sie besitzen die Fähigkeit, „gemeinsam mit der Klientel und den institutionellen bzw. gesellschaftlichen Akteuren Problemdefinitionen und -bewertungen auszuhandeln und zu begründen.“ (Hülsken-Giesler/Korporal 2013, 27)
- Sie besitzen die Fähigkeit, „Planung und Konzepterstellung in pflegerelevanten Bezügen auf der Basis evidenzbasierter oder empirisch gesicherter Erkenntnisse vorzunehmen.“ (Hülsken-Giesler/Korporal 2013, 29)
- Sie „besitzen die Fähigkeit, ihr berufliches Handeln in Orientierung am state of the art zu organisieren und durchzuführen.“ (Hülsken-Giesler/Korporal 2013, 32)
- Sie „sind in der Lage, berufsrelevante Standards, Leitlinien und Handlungsanleitungen angemessen und unter Berücksichtigung der Komplexität des Einzelfalls zielorientiert zum Einsatz zu bringen.“ (Hülsken-Giesler/Korporal 2013, 32)
- Sie „sind zur theoriegeleiteten Reflexion beruflichen Handelns mit Hilfe angemessener Methoden und Konzepte in der Lage.“ (Hülsken-Giesler/Korporal 2013, 35)

Hinsichtlich der in primärqualifizierenden Pflegestudiengängen curricular zu verankernden Bildungsziele zeigt sich, dass die Kompetenzen der Studierenden im Gegensatz zur beruflichen Pflegeausbildung an den beiden Lernorten Hochschule und Praxis auf Niveau 6 des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (2011/2013) anzubahnen sind. Damit unterscheidet sich das Kompetenzniveau von akademisch ausgebildeten Pflegenden gegenüber denen, die eine berufliche Pflegeausbildung auf Niveau 4 des Deutschen Quali-

kationsrahmens für lebenslanges Lernen (2011/2013) absolviert haben. Die logische Konsequenz hieraus ist, dass sowohl für die Lehrveranstaltungen als auch für die Prüfungen wie in allen anderen Bachelorstudiengängen das Kompetenzniveau 6 des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (2011/2013) gelten muss.

2.2 These 2 : Um wissenschaftliche und zugleich praxisbezogene Kompetenzen vermitteln zu können, müssen didaktische Prinzipien umfassend und ausgewogen in den Curricula der primärqualifizierenden Studiengänge integriert werden.

Die in der beruflichen Bildung mit der Wissenschaftsorientierung, der Situationsorientierung und der Persönlichkeitsorientierung vorherrschenden curricularen Konstruktionsprinzipien werden aufgrund der verstärkten Forderung nach Beschäftigungsfähigkeit bei der Konzeption eines hochschulischen Bildungsangebots ebenso diskutiert (vgl. Gerholz/Sloane 2011, 5f.). Da zwischen diesen drei curricularen Konstruktionsprinzipien von einer Dependenz auszugehen ist (vgl. Reetz 1884, 106f. in Gerholz/Sloane 2011, 6), wird eine ausgewogene Anwendung des Wissenschafts-, Situations- und Persönlichkeitsprinzips in Curricula empfohlen (vgl. Huber 1995 127ff. in Gerholz/Sloane 2011, 6). In der Pflegebildung wird bei der Curriculumentwicklung auch auf diese curricularen Konstruktionsprinzipien Bezug genommen (vgl. Oelke 1999, 29; Stöver 2010, 46ff.). Jedoch ist festzustellen, dass für das Berufsfeld Pflege keine umfängliche Erforschung pflegeberuflicher Qualifikationsniveaus vorhanden ist (vgl. Darmann-Finck/Foth 2014, 177), wobei für einzelne Themen berufswissenschaftliche Qualifikationsforschungsarbeiten vorliegen. Wie sich diese curricularen Konstruktionsprinzipien verbunden mit didaktischen Prinzipien in primärqualifizierenden Pflegestudiengängen wiederfinden können, ohne dass wir diesbezüglich eine Forschungsstudie durchgeführt haben, werden Auszüge des entwickelten curricularen Konzepts (Elsbernd/Bader 2017) dargestellt.

Da die Wissenschaftsorientierung insbesondere für den theoretischen Studienanteil bedeutsam ist, orientieren sich die für den Lernort Hochschule konstruierten Module an den für die Pflege relevanten wissenschaftlichen Disziplinen. Diese werden unterteilt in Pflege- und Gesundheitswissenschaft als Kerndisziplin sowie zahlreichen für professionell Pflegende relevante Bezugsdisziplinen Medizin, Psychologie, Soziologie, Ethik, Rechtswissenschaft, Politik, Betriebswirtschaft und Ökologie. Die genannten Kern- und Bezugswissenschaften sind in primärqualifizierenden Pflegestudiengängen curricular zu verankern, wobei u. E. ein zur Berufsrealität ausgewogenes Verhältnis vorliegen sollte. Daran anknüpfend sind insbesondere Methoden, die die Evidenzbasierung fokussieren, zu integrieren. Dafür eignet sich im Sinne des forschenden Lernens eine evidenzbasierte Fallbearbeitung (vgl. Dieterich/Reiber 2014, 102), anhand der die Studierenden beispielsweise Lernen für Pflegeempfänger_innen evidenzbasierte Pflegeinterventionen theoretisch fundiert für die im Fall geschilderte komplexe Pflegesituation auszuwählen. So können in einem weiteren Schritt vorliegende wissenschaftliche Erkenntnisse in die Pflegepraxis und damit in das professionelle Handeln von Pflegenden münden.

Da die Situationsorientierung, insbesondere für den praktischen Studienanteil bedeutsam ist, beziehen sich diese Module auf die Kernaufgaben von Pflegenden in Berufssituationen. Um

diese zu bewältigen, benötigen sie pflege- und bezugswissenschaftliche Erkenntnisse, die sie in ihr pflegerisches Handeln transferieren. Damit verbunden ist, dass Modulhandbücher für den praktischen Teil des primärqualifizierenden Pflegestudiengangs fächerintegriert und an den pflegerischen Aufgaben in Berufssituationen ausgerichtet sind. Die Anordnung pflegerischer Aufgaben über die Studienzeit sollte der Logik vom Einfachen zum Komplexen folgen (vgl. Kooperationsverbund niedersächsischer Krankenpflegeschulen 2010, 11), so dass die einzelnen pflegerischen Aufgaben zu Studienbeginn einzelne Schritte des Pflegeprozesses und im Studienverlauf den gesamten Pflegeprozess als Arbeitsprozess fokussieren. Um zugleich der Handlungsorientierung als Subprinzip der Situationsorientierung zu folgen (vgl. Lipsmeier 2000, 64), sind für alle pflegerischen Aufgaben, die in praxisnahen, fallbasierten und simulierten pflegeberuflichen Handlungssituationen sowie in realen pflegeberuflichen Handlungssituationen angewendet werden, die Handlungsorientierung im Sinne der vollständigen Handlung mit den sechs Schritten: Informieren, Planen, Entscheiden, Ausführen, Kontrollieren und Bewerten handlungsleitend (vgl. Hacker 1998 in Schöpf 2005, 18).

Da die Persönlichkeitsorientierung im theoretischen und praktischen Studienanteil bedeutsam ist, ist die Förderung der Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit zu integrieren (vgl. Klafki 2007, 52). Für die primärqualifizierenden Pflegestudiengänge, die durch vielfältige rechtliche Vorgaben reglementiert sind, stellt sich die Frage, wie diese überfachlichen Bildungsziele im Studium gefördert werden. Die Förderung der Selbstbestimmungsfähigkeit ist bei Referaten, Hausarbeiten und der Bachelorarbeit umgesetzt werden, so dass Studierende sich mit Themen, die sie insbesondere interessieren, vertiefend auseinandersetzen. Die Mitbestimmungsfähigkeit der Studierenden wird dadurch gefördert, dass sie ihre Wahlvertiefung in der Pflege im Krankenhaus, Kinderkrankenpflege oder ambulanten und stationären Pflege in der Altenhilfe, für den theoretischen und praktischen Studienanteil gemäß dem in der Pflegepraxis erforderlichen Bedarf mitbestimmen. Die Förderung der Solidaritätsfähigkeit geht einher mit der verbundenen gesellschaftlichen Verantwortung der Pflege, so dass die Studierenden sich mit pflegerelevanten ethischen Themen kritisch-reflexiv auseinandersetzen. Diesbezüglich ist das exemplarische Lernen als didaktisches Prinzip zu thematisieren, so dass die Qualität der zu lernenden Themen bedeutsamer als die Quantität der zu lernenden Themen ist (vgl. Jank/Meyer 2008, 219f.). Sollte den Studierenden in der Pflegepraxis beispielsweise ein ihnen unbekanntes Krankheitsbild begegnen, sollten sie im Studium geeignete Methoden erlernt haben und so in der Lage sein, hierzu selbstständig Literatur zu recherchieren, diese zu bearbeiten und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in ihr pflegerisches Handeln transferieren.

2.3 These 3: Der gesetzlich bestimmte hohe Umfang an Praxisstunden muss in allen Semestern curricular verankert und von qualifizierten Praxisanleiter_innen abgesichert werden.

Um als Absolvent_in eines primärqualifizierenden Pflegestudiengangs die Berufszulassung als Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann mit akademischem Grad zu erlangen (vgl. § 1 Abs. 1 PflBRefG 2017), sind im Studium mindestens 2300 Stunden praktische Ausbildung zu absolvieren. Davon können maximal 5 % der 2300 Stunden, d. h. 115 Stunden, aus dem Skills-Lab

angerechnet werden (vgl. Begründung zu § 38 PflBRefG 2016), wodurch für das arbeitsorientierte Lernen in simulierten Lernumgebungen (vgl. Dehnbostel 2015, 32f.) ein geringer Umfang vorgesehen ist. Hingegen werden die Studierenden mit 2185 Stunden den Großteil des praktischen Studienanteils in unterschiedlichen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen absolvieren, so dass die pflegepraktische Kompetenzentwicklung überwiegend in Form von arbeitsgebundenem Lernen in der Pflegepraxis als Arbeitsrealität erfolgt (vgl. Dehnbostel 2015, 32f.). Interessanterweise beträgt das Theorie-Praxis-Verhältnis in der Schweiz im Pflegestudium an Fachhochschulen zwei Drittel Theorie und ein Drittel Praxis und in Pflegeausbildungen an Höheren Fachschulen je die Hälfte (vgl. Mühlherr 2013, 2f.). Vergleicht man dies mit den beiden Bildungswegen in Deutschland zeigt sich, dass der theoretische Teil für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung mit mindestens 2100 Stunden identisch ist und der praktische Teil in einem geringen Umfang von 200 Stunden variiert, da dieser Anteil in beruflichen Pflegeausbildungen mindestens 2500 Stunden und in hochschulischen Pflegeausbildungen mindestens 2300 Stunden umfasst (vgl. Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend 2016, 3, 7).

Dem Wissenschaftsrat (2013) folgend sind die studienintegrierten Praxisanteile dualer Studiengänge curricular zu verankern und von den Hochschulen als Praxiseinsätze angemessen einzuplanen. Demzufolge ist es ebenso wie für den theoretischen Studienanteil auch für den praktischen Studienanteil erforderlich, ein Curriculum zu entwickeln. Beide Curricula sollten hinsichtlich einer systematischen Kompetenzentwicklung aufeinander abgestimmt sein. Anknüpfend an das entwickelte curriculare Konzept für den theoretischen und praktischen Studienanteil (Elsbernd/Bader 2017) ist nun die Frage, wie die organisatorische Verzahnung von Theorie- und Praxisphasen zu berücksichtigen ist und wie dies umgesetzt werden kann. Um beispielsweise einen in Hessen praktizierten Sonderweg zu vermeiden, wie dies zur Erlangung der Berufszulassung für Absolvent_innen des Studiengangs Pflege (B.Sc.) an der Hochschule Fulda durch eine einjährige Nachexaminierung zur Gesundheits- und Krankenpfleger_in umgesetzt wird (vgl. Hochschule Fulda 2018), sind alle gesetzlich geforderten Praxisstunden ins Studium zu integrieren. Hierfür kommen in praxisintegrierten dualen Studiengängen insbesondere zwei Varianten in Betracht:

1. Das Blockmodell zeichnet sich dadurch aus, dass sich Theorie- und Praxisphasen abwechseln (vgl. Weiß 2016, 26).
2. Das Rotationsmodell zeichnet sich dadurch aus, dass ein permanenter (täglich bzw. wöchentlich) Wechsel zwischen Theorie- und Praxisphasen erfolgt (vgl. Weiß 2016, 26).

Unabhängig davon, für welches Modell sich eine Hochschule entscheidet, sind damit verschiedene Vor- und Nachteile verbunden. Da u. E. ein gelingender, sich wechselseitig bedingender Theorie-Praxis-Transfer mit einem stufenweisen Kompetenzaufbau im Vordergrund eines qualitätsvollen primärqualifizierenden Pflegestudiengang steht, favorisieren wir das Rotationsmodell. Dadurch wird eine sehr enge Verzahnung zwischen Theorie und Praxis ermöglicht, auch wenn dies mit einem höheren organisatorischer Aufwand einhergeht (vgl. Weiß 2016, 26). Zudem zeigen Erfahrungen aus den USA, dass die Lernenden in der Pflege während ihrer Studienzeit pro Woche ein bis zwei Tage im Lernort Praxis sind, wobei pflege-

praktische Kompetenzen bei den Studierenden angebahnt werden (vgl. Koch 2012, 135). Aus didaktischer Sicht können diese einzelnen Praxistage beispielsweise zur Übung einzelner Pflegeinterventionen (vgl. Bohrer 2014, 50), zur Initiierung theoriegeleiteter und reflexiver Lernprozesse durch Lernaufgaben (vgl. Müller/Koeppe 2008, 6) und zur Hospitation pflegeberuflicher Handlungsfelder genutzt werden (vgl. Dehnbostel 2015, 33ff.). Die mehrwöchigen Praxisblöcken fokussieren vor allem das Lernen von Pflegehandeln in umfassenden Pflegesituationen (vgl. Bohrer 2014, 50). Des Weiteren erachten wir es vor dem Hintergrund von Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz als bedeutsam, dass den Studierenden ein ausreichendes Maß an vorlesungsfreier Zeit zur Verfügung steht, was beim Blockmodell aufgrund der hohen Pflichtstundenanzahl für den praktischen Studienanteil nur in einem sehr geringen Ausmaß von zwei bis drei Wochen vorlesungsfreier Zeit pro Semester zu realisieren ist, da der Großteil der Praxisstunden von den Studierenden in der vorlesungsfreien Zeit absolviert werden muss (vgl. Balzer et al. 2018, 93f.).

Um den Ablauf der theoretischen und praktischen Teile über die Studienzeit sicherzustellen, werden aus organisatorischer Sicht vom Lernort Hochschule die praktischen Studieneinsätze entsprechend der Vorgaben zu den pflegerischen Versorgungsbereichen der noch zu entwickelnden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Pflegeberufereformgesetz geplant. Dabei ist neben der Vorlesungszeit, den Praxiszeiten bestehend aus Einzel- und Blocktagen und der Prüfungszeit ein angemessener Umfang an vorlesungsfreier Zeit pro Semester vorzusehen, damit ein primärqualifizierender Pflegestudiengang studierbar und attraktiv ist. Zudem sind vom Lernort „Hochschule“ Kooperationsverträge mit den kooperierenden Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu schließen. Im Gegensatz zu den Auszubildenden der beruflichen Pflegeausbildung werden von Seiten der Praxiseinrichtungen mit den Studierenden keine Ausbildungsverträge mit Anrechnung auf den Stellenplan und Entlohnung durch eine Ausbildungsvergütung geschlossen. Daher bleibt es den kooperierenden Praxiseinrichtungen überlassen, inwieweit sie die Studierenden entlohnen. Grundsätzlich werden die Studierenden ebenfalls wie die Auszubildenden in den praktischen Studieneinsätzen im Schichtdienst mit den für das Pflegepersonal üblichen Dienstzeiten arbeiten. Diese Aspekte können für die Studierenden finanzielle Begrenzungen bedeuten, aber auch enorme Chancen bieten, da die Studierenden über die gesamte Studienzeit in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen einen Studierenden-Status haben und damit auf keine Stellenpläne angerechnet werden. Damit das Lernen in der Pflegepraxis im Vordergrund steht, ist es erforderlich folgender Forderung nachzukommen: „Die Studierenden sollten in ihrer Praxisanleitung nicht in den Pflegeablauf einer Station fest eingebunden sein und damit auch als Arbeitskraft betrachtet werden, sondern sollten durch exemplarisches Lernen eine wissenschaftlich fundierte Herangehensweise an Pflegesituationen erwerben.“ (Ulmer/Luft 2016, 276)

Damit einhergehend ist es erforderlich, dass die Praxisanleiter_innen, die die Studierenden während den praktischen Studieneinsätzen in den kooperierenden Praxiseinrichtungen in ihrem individuellen Lernprozess unterstützen, pflegerisch und pädagogisch hinreichend qualifiziert sind. Gegenwärtig verfügen die in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen tätigen Praxisanleiter_innen mindestens über eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem Pflege-

berufe, eine zweijährige Berufserfahrung in der Pflege und eine berufspädagogische Weiterbildung (vgl. § 2 Abs. 2 AltPflAPrV; § 2 Abs. 2 KrPflAPrV) und sind im ursprünglichen Sinne für die praktische Ausbildung in der beruflichen Pflegeausbildung zuständig. Bedingt durch die zunehmende Anzahl an primärqualifizierenden Pflegestudiengänge werden in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen pädagogisch qualifizierte Praxisanleiter_innen mit mindestens einem Bachelorabschluss benötigt (vgl. Dangel/Korporal 2014, 56; Lademann et al. 2015, 2), so dass akademische Bildungsangeboten zur Praxisanleitung an den Hochschulen anzusiedeln sind (vgl. Kaufhold et al. 2017, 29). Welche enorme Bedeutung mit diesem Qualifizierungsbedarf verbunden ist, zeigt folgendes Zitat: „Die praktischen Studienphasen in den Gesundheitseinrichtungen sind dadurch gekennzeichnet, dass es kein ausgebildetes Personal für die Anleitung und Begleitung der Studierenden gibt. Hinzu kommt, dass diejenigen, die sich dieser Aufgabe stellen, in der Regel ihrerseits keine akademische Qualifikation erworben haben und eine Ausbildung entsprechend in traditionellen Formaten basierend auf Erfahrungswissen anstelle von systematischem Wissen erfolgt.“ (Walkenhorst 2017, 16) Vor dem Hintergrund dieser aktuell am Lernort „Praxis“ vorzufindenden Situation ist bei der Konzeption von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen zu reflektieren und für die Praxisanleiter_innen von Seiten der Hochschule entsprechende Bildungsmaßnahmen insbesondere zu pflegewissenschaftlichen, berufspädagogischen und studienorganisatorischen Themen zu initiieren (vgl. Elsbernd/Bader 2017, 345).

2.4 These 4: Vielfalt von hochschulischen Curricula im Bereich der Pflegebildung ist zwar wünschenswert und bereichert die fachlichen Diskurse, jedoch sollten die aktuellen länderspezifischen Regelungen weiter zusammengeführt werden, damit eine vergleichbare Bildungsqualität sichergestellt wird.

Zur Zeit gibt es von Heterogenität und Vielfalt geprägte Pflegestudiengänge mit divergierenden Studiengangstrukturen, da diese Pflegestudiengänge standortbezogen und ausgerichtet an regionale politische Bedingungen entwickelt wurden (vgl. Lademann et al. 2016, 341). Vor diesem Hintergrund wird von der Hochschulrektorenkonferenz (2017) gefordert, dass den Hochschulen als Lernort die alleinige Verantwortung für primärqualifizierende Bachelorstudiengängen in den Gesundheitsfachberufen wie der Pflege, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Entbindungspflege übertragen wird. Demgegenüber stehen die Regelungen hierzu im Pflegeberufereformgesetz, wonach dem Lernort „Hochschule“ eine Gesamtverantwortung für den theoretischen und praktischen Anteil eines primärqualifizierenden Pflegestudiengangs übertragen wird, wobei die Studiengangkonzeption vor dem Hintergrund der Berufszulassung in der Pflege durch die zuständige Landesbehörde im und auch nach dem Akkreditierungsverfahren zu überprüfen ist (vgl. § 38 Abs. 2, 4 PflBRefG 2017).

Wenn die Hochschulen in mehreren Gesundheitsfachberufen primärqualifizierende Studiengängen anbieten und so die Studierenden zu gesundheitsrelevanten Themen gemeinsam Lehrveranstaltungen besuchen, werden auch die vorliegenden Differenzen der Berufszulassungsgesetzen ersichtlich. Infolgedessen sollte es ein Anliegen sein, für primärqualifizierende Bachelorstudiengänge aller Gesundheitsfachberufe möglichst einheitliche Lösung zu finden. Diesbezüglich sollte z. B. die unterschiedlich hohe Anzahl an Praxisstunden, die in der Ent-

bindungspflege mit 3000 Praxisstunden am höchsten ist und in den Therapieberufen einen Umfang von 2100 Praxisstunden in der Logopädie, 1700 Praxisstunden in der Ergotherapie und 1600 Praxisstunden in der Physiotherapie haben (vgl. Dielmann 2013, 158), diskutiert werden.

Des Weiteren ist es an der Zeit eine vergleichbare Bildungsqualität für diese Bachelorstudiengänge sicherzustellen. Grundlegend für eine akademische Pflegebildung ist, dass sowohl im theoretischen Studienanteil als auch im praktischen Studienanteil und über die gesamte Studienzzeit hinweg eine systematische Kompetenzentwicklung auf Niveau 6 des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (2011/2013) erfolgt. Eine Hilfestellung dabei können die von Backhaus et al. (2017) entwickelten Qualitätsanforderungen für primärqualifizierende Pflegestudiengänge sein:

1. Strukturelle und inhaltliche Qualitätsanforderungen
2. Wissenschaftliche Qualitätsanforderungen
3. Lernortbezogene Qualitätsanforderungen
4. Praxisbezogene Qualitätsanforderungen
5. Qualitätsanforderungen zu Unterstützungsleistungen der Hochschule

(vgl. Backhaus et al. 2017, 374ff.)

Diese Aspekte sind in der noch zum Pflegeberufereformgesetz zu verabschiedende Ausbildungs- und Prüfungsordnung sowohl in spezifischer Form als auch gemäß den üblicherweise für Studiengänge seit dem Bologna-Prozess geltenden Regelungen für die hochschulische Pflegeausbildung einfließen, um einen Sonderweg zu vermeiden. Daher ist es erforderlich, dass die hochschulische Pflegeausbildung sich vom bisherigen Modellcharakter löst und in den Regelbetrieb mit vereinheitlichten Strukturen, Zielen, Inhalten und Prüfungen überführt wird (vgl. Reuschenbach/Darmann-Finck 2018, 73). Falls es doch zu erneuten pflegeberufsbildenden Sonderwegen kommen sollte, würden diese zu großen Teilen auf dem Rücken der Studierenden ausgetragen werden. Exemplarisch wird dies im Folgenden anhand von Prüfungen zur Erlangung der Berufszulassung in der Pflege dargestellt.

Seit dem Bologna-Prozess und der damit verbundenen Modularisierung von Bachelorstudiengängen erfolgt zum Abschluss eines Moduls als Lehr-Lern-Einheit eine Modulprüfung, dessen Ergebnis in das Bachelorzeugnis einfließt (vgl. Akkreditierungsrat der Stiftung zur Akkreditierung von Studiengängen in Deutschland 2013, 5). Die berufliche Pflegeausbildung schließt mit einer staatlichen Prüfung bestehend aus einem schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil ab (vgl. §§ 13-18 KrPflAPrV; §§ 10-12 AltPflAPrV). In den Berufen der Krankenpflege mündet ausschließlich das Ergebnis dieser drei Prüfungsteile in das Abschlusszeugnis ein (vgl. § 8 Abs. 2 KrPflAPrV), wohingegen in der Altenpflege die erbrachten Vornoten mit einem Anteil von 25 % bei der Bildung der schriftlichen, mündlichen und praktischen Abschlussnote berücksichtigt werden (vgl. § 9 Abs. 1, 2 AltPflAPrV). Da auch wie bereits weiter oben dargestellt in der beruflichen Pflegeausbildung auf anderen Kompetenzniveau als in primärqualifizierenden Pflegestudiengängen gelehrt wird und es sich

bei der beruflichen und akademischen Bildung um zwei verschiedene Sektoren im Bildungsbereich mit jeweils unterschiedlichen Intentionen handelt (vgl. Faßhauer/Severing 2016, 7), sind unterschiedliche Prüfungen zur Erlangung der Berufszulassung in der Pflege unerlässlich. Damit ein primärqualifizierender Pflegestudiengang studierbar bleibt und für Schulabgänger_innen mit Hochschulzugangsberechtigung attraktiv ist, sollten keine sog. Doppelprüfungen einerseits zur Erlangung der Berufszulassung und andererseits für den akademischen Bachelorgrad integriert werden. Da damit eine sehr hohe Prüfungslast auf die Studierenden zukommen würde, sollten Prüfungen in primärqualifizierenden Pflegestudiengängen u. E. ausschließlich studienbegleitend erfolgen. Nur auf diese Weise kann auch gewährleistet werden, dass in den Lehrveranstaltungen während der gesamten Studienzzeit angebahnte Kompetenzentwicklung auf Niveau 6 des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (2011/2013) auch in die Modulprüfungen einfließt. Eng damit verbunden ist, dass so eine hochschuldidaktisch Gestaltung der Modulprüfungen basierend auf einer hochschuldidaktisch fundierten Lehre möglich wird..

3 Fazit und Ausblick

Die Akademisierung des Pflegeberufes in Deutschland blickt auf eine ca. 40-jährige Geschichte, aber erst seit den 1990er Jahren konnten das Pflegemanagement und die Pflegepädagogik und ein wenig später auch die Pflegewissenschaft akademisiert werden. Leider hat diese Akademisierung überwiegend nur an dem Hochschultyp „Hochschulen für angewandte Wissenschaften“ stattgefunden und nur vereinzelt an Universitäten. Dies hat bis heute drastische Konsequenzen, insbesondere in der Wissenschaftsentwicklung dieser Disziplinen. Diese spezifischen Wege könnten sich bei der Akademisierung der Ausbildung fortsetzen. Dabei sind Hochschulen für angewandte Wissenschaften und Universitäten gleichermaßen nicht vorbereitet auf Studiengänge mit derart hohen Praxisanteilen. Auch steht der Bologna-Prozess mit all seinen Implikationen auf curricularer Ebene bisweilen konträr zu den Vorstellungen zur hochschulischen Ausbildung von Pflegenden. Dies zeigt sich überdeutlich im neuen Pflegeberufereformgesetz, das den Bologna-Prozess der Hochschulen beinahe ignoriert. Insgesamt muss festgestellt werden, dass die Sonderwege in der fachschulischen und hochschulischen Bildung gravierende und nachhaltige negative Folgen für die gesamte Pflegebildung haben. Insbesondere der Anschluss an das internationale pflegerische Bildungsniveau und das international vorhandene Wissen gelingt nur langsam.

Hochschulische und fachschulische Bildung müssen sich unterscheiden, auch wenn auf der Ebene der staatlichen Berufszulassung das „Prinzip der Gleichwertigkeit“ gewahrt sein soll. Wichtig ist aber, dass beide Lernorte (Fachschulen und Hochschulen) in ihren unterschiedlichen konzeptionellen Rahmen curricular arbeiten. Eine Vermischung beider Systeme ist nicht sinnvoll. Sehr wohl aber ist es sinnvoll, dass sie sich gemeinsam an den Fachdiskursen beteiligen und austauschen, denn insbesondere inhaltliche Schwerpunkte können hier gemeinsam herausgearbeitet werden. Für beide Bereiche sollte es aber vermieden werden, (weiter) Sonderwege in der Bildung zu gehen. Es bleibt die Forderung für den fachschulischen Bereich, dass dieser in das Duale Berufsbildungssystem in Deutschland integriert wird und dann auch

vergleichbare Prinzipien Geltung bekommen (z. B. hinsichtlich der fachlich zu begründenden Curricula, Qualifikation der Lehrenden, Qualitätssicherung). Auch im Bereich der Hochschulen sollte ein Sonderweg vermieden werden. Dies bedeutet, dass sich auch die Universitäten an den Studiengängen beteiligen, Bologna-Prozess-konforme Curricula und vor allem Bologna-konforme Prüfungen konzipiert werden und die praktische Ausbildung hochschulischen Prinzipien folgt.

In Deutschland fällt es noch immer vielen Politiker_innen schwer, sich für eine generalistisch ausgerichtete, hochschulische Primärqualifizierung auszusprechen und die Wege dazu zu bereiten. Es darf angenommen werden, dass die Vorstellungen hinsichtlich der Bildungsziele von hochschulischer und fachschulischer Bildung nicht geklärt sind und dass (noch) wenige Vorstellungen hinsichtlich der hochschulischen Bildungsziele und deren besonderen Bedeutung für die pflegerische und gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung existieren. Zunehmend werden akademisch gebildete Pflegende benötigt, die umfassend in der Lage sind, forschungsbasiertes Pflegewissen zu zentralen Pflgethemen und Pflegeproblemen anzuwenden und zugleich die pflegerische Versorgung, die von Mitarbeiter_innen anderer Qualifikationsstufen/-niveaus anzuleiten und zu begleiten.

Die Diskussion um die curriculare Ausgestaltung von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen hat gerade erst begonnen. Dies bedeutet auch, dass die Hochschulen, die gerade in diese Vorhaben einsteigen, noch auf wenige nationale Erfahrungen zurückgreifen können. Darüber hinaus sind die meisten der wenigen existierenden Curricula (noch) nicht öffentlich zugänglich. Dies sollte sich rasch wandeln! Aus unserer Sicht ist es nicht sinnvoll, dass die Hochschulen jeweils isoliert diskutieren, denn im Rahmen eines offenen, hochschulübergreifenden Fachdiskurses könnten gemeinsame Ziele und Prinzipien sowie die Praxisentwicklung fachlich diskutiert und vorangebracht werden.

Aus unserer Sicht muss auch eine Diskussion hinsichtlich des hohen praktischen Anteils sowohl in der fachschulischen als auch hochschulischen primärqualifizierenden Pflegebildung ergebnisoffen diskutiert werden. Hier stellt sich aber nicht nur die Frage nach dem Umfang, sondern vor allem nach der curricularen Verankerung und Ausrichtung. Der Anteil der systematisch angeleiteten und begleiteten Praxis ist gemessen am Gesamtumfang der Praxisanteile eher als niedrig zu bewerten. Auch ist das Anleitungs- und Begleitungssystem in der Praxis kritisch zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Die Frage nach den Skills-Labs ist außerordentlich wichtig, denn hier wird ein Lernort konzipiert, der letztendlich auch die hoch vulnerable Gruppe der Patient_innen bzw. Bewohner_innen schützt. International ist es üblich, im Rahmen von Skills-Labs an Pflegesituationen unterschiedlichen Komplexitätsgrades herangeführt zu werden.

Alle Berufe im Gesundheitswesen müssen lernen, zukünftig enger und geordneter zusammenzuarbeiten. Die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe eröffnet auch die Chance von gemeinsamen Lehr- und Lerneinheiten in Theorie und Praxis. Diese Chance sollte zunächst curricular ergriffen werden. Um hier erfolgreich zu sein, müssten die Berufsgruppen im Gesundheitswesen an Hochschulen und Universitäten einen Lernort finden, z. B. an Hoch-

schulen oder Universitäten für Gesundheit. Auch eine Integration in die Medizinischen Fakultäten ist kritisch zu prüfen. Jedoch kann eine Zusammenführung der Berufsgruppen und damit eine nachhaltige Verbesserung der Zusammenarbeit nur gelingen, wenn die theoretischen und praktischen Lernorte zusammengeführt werden.

Literatur

Aiken, L. H./Sloane, D./Griffiths, P./Rafferty A. M./Bruyneel, L./McHugh, M./Maier, C. B./Moreno-Casbas, T./Ball, J. E./Auserhfer, D./Sermeus, W. (2017): Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality patient ratings, and quality of care. In: *BMJ Qual Saf*, 26, 559-568. Online:

<http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/26/7/559.full.pdf> (16.05.2018).

Akkreditierungsrat der Stiftung zur Akkreditierung von Studiengängen in Deutschland (2013): Zur Auslegung der ländergemeinsamen Strukturvorgaben. Beschluss des Akkreditierungsrates vom 12.02.2010 (Drs. AR 48/2013), zuletzt geändert am 03.06.2013. Online: http://www.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/AR/Beschluesse/AR_Auslegung_Laendergemeinsame_Strukturvorgaben_aktuell.pdf (07.03.2018).

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung-AltPflAPrV): vom 26.11.2002 (BGBl. I S. 4418), die durch Artikel 35 des Gesetzes vom 18.04.2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist. Online: <http://www.gesetze-im-internet.de/altpflaprv/BJNR441800002.html> (07.03.2018).

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV): vom 10.11.2003 (BGBl. I S. 2263), die durch Artikel 33 des Gesetzes vom 18.04.2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist. Online:

http://www.gesetze-im-internet.de/krpflaprv_2004/BJNR226300003.html (07.03.2018).

Backhaus, J./Bonato, M./Evers, T./Helmbold, A./Latteck, Ä.-D./Miatovic, A./Störkel, F. (2017): Qualitätsanforderungen an die hochschulische Ausbildung in Gesundheitsfachberufen. In: *Pflege & Gesellschaft*, 22, 4, 373-377.

Bals, T./Dielmann, G. (2013): Neugestaltung der Gesundheitsberufe im Kontext des Deutschen Berufsbildungssystems. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Stuttgart, 177-191.

Balzer, K./Sander, M./Mentrup, S./Köpke, S. (2018): Das Lübecker Modell. Pflegestudium an der Universität. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 57, 2, 92-95.

Behrendt, H. (2008): Analyse, Vergleich und Perspektiven zur Pflegeausbildung in den europäischen Ländern. Göttingen.

Bohrer, A. (2014): *Lernort Praxis. Kompetent begleiten und anleiten*. Brake.

Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016): *Eckpunkte für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Entwurf des*

Pflegeberufegesetzes. Online: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/Eckpunkte_APrVO.pdf (07.03.2018).

Dangel, B./Korporal, J. (2014): Hochschulerstausbildung in der Pflege vor dem Hintergrund der geplanten Neuregelung der Pflege-Berufegesetze. In: G + S, 68, H. 3, 47-56.

Darmann-Finck, I./Foth, T. (2014): Bildungs-, Qualifikations- und Sozialforschung in der Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, Kl. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, 165-182.

Darmann-Finck, I. (2016): Aufgabenfelder hochschulisch ausgebildeter Pflegenden. Erstausbildung an der Hochschule. In: Pflegezeitschrift, 69, H. 6, 362-365.

Dehnbostel, P. (2015): Betriebliche Bildungsarbeit. Kompetenzbasierte Aus- und Weiterbildung im Betrieb. Baltmannsweiler.

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.) (2007): Pflegebildung offensiv. Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe 2006. München.

Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (2011): Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Verabschiedet vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) am 22. März 2011. Online: http://www.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/Sonstige/BMBF_DQR_aktuell.pdf (07.03.2018).

Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (2013): Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur – Zuordnungen – Verfahren – Zuständigkeiten. Online: http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2013/130823_Handbuch_mit_nicht-barrierefreier_Anlage_MAM.pdf (07.03.2018).

Dieterich, J./Reiber, K. (2014): Fallbasierte Unterrichtsgestaltung-Grundlagen und Konzepte. Didaktischer Leitfaden für Lehrende. Stuttgart.

Elsbernd, A./Bader, K. (2017): Curriculares Konzept für einen primärqualifizierenden Bachelorstudiengang „Pflege“. Esslinger Standortbestimmung. Lage.

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG): vom 09.03.2016, Drucksache 18/7823. Online: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160308_Pflegeberufsgesetz.pdf (07.03.2018).

European Federation of Nurses Associations (2015): EFN-Leitlinie für die Umsetzung von Artikel 31 der Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG, geändert durch die Richtlinie 2013/55/EU. EFN-Kompetenzrahmen verabschiedet durch EFN-General-Versammlung, April 2015, Brüssel. Online: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/EFN-Competency-Framework-German-29-09-2015.pdf> (07.03.2018).

Faßhauer, U./Severing, E. (2016): Duale Studiengänge: Stand und Perspektiven der Verzahnung von beruflicher und akademischer Bildung. In: Faßhauer, U./Severing, E. (Hrsg.): Verzahnung beruflicher und akademischer Bildung. Duale Studiengänge in Theorie und Praxis. Bielefeld, 7-17.

Gerholz, K.-H./Sloane, P. F. E. (2011): Lernfelder als universitäres Curriculum? Eine hochschuldidaktische Adaption. In: bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, Ausgabe 20. 1-23. Online: http://www.bwpat.de/ausgabe20/gerholz_sloane_bwpat20.pdf (07.07.2016).

Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG): vom 17. Juli 2017. Online: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id=%27bgbl117s2581.pdf%27%5D_-_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id=%27bgbl117s2581.pdf%27%5D_1516809597617 (07.03.2018).

Görres, S./Stöver, M./Schmitt, S./Bomball, J./Schwanke, A. (2009): Qualifikationskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung. Synopse evaluierter Modellprojekte. Abschließen der Projektbericht Zeitraum: 01.10.2008-31.12.2009. Online: http://www.bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/2010-01-19-IPP_Abschlussbericht_Qualit_tskriterien-f_r-Best-Practice-in-der-Pflegeausbildung-Synopse-evaluierter-Modellprojekte.pdf (07.03.2018).

Hochschule Fulda (2018): Pflege. Online: <https://www.hs-fulda.de/pflege-und-gesundheit/studium/bachelorstudiengaenge/pflege-bsc/> (07.03.2018).

Hochschulrektorenkonferenz (2017): Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften. Entschließung der HRK-Mitgliederversammlung vom 14.11.2017. Online: <https://www.hrk.de/positionen/beschluss/detail/primaerqualifizierende-studiengaenge-in-pflege-therapie-und-hebammenwissenschaften/> (07.03.2018).

Hülken-Giesler, M./Korporal, J. (Hrsg.) (2013): Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung. FQR Pflege 6-8. Berlin.

Jank, W./Meyer, H. (2008): Didaktische Modelle. Berlin.

Kaufhold, M./Weyland, U./Harms, J./Stratmann, E.-L. (2017): Bedarfsanalyse zum betrieblichen Bildungspersonal. In: Kaufhold, M./Weyland, U./Klemme, B./Kordisch, T. (Hrsg.): Entwicklung berufsbegleitender Studienangebote für betriebliches Bildungspersonal im Humandienstleistungs- und Technikbereich (HumanTec). Ergebnisse der Bedarfsanalyse und Darstellung der Studienangebote. 7-159. Online: https://www.fh-bielefeld.de/multi-media/Fachbereiche/Ingenieurwissenschaften+und+Mathematik/HumanTec/Dokumente+HumanTec/2017/Ergebnisse_Bedarfsanalyse_Studienangebote_HumanTec.pdf (07.03.2018).

Klafki, W. (2007): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. Weinheim.

Koch, L. F. (2012): Pflegeausbildung in den USA: Ein Vorbild?. Aufbau und Zukunftstendenzen des amerikanischen ‚Nursing Education‘-System. In: PADUA, 7, H. 3, 132-136.

Kooperationsverbund Niedersächsischer Krankenpflegesschulen (Hrsg.) (2010): Das Curriculum für den Lernstandort Praxis. Lern- und Arbeitsaufgaben als reflexionsfördernde Instrumente des Theorie-Praxis-Transfers. Kooperationsverbund Niedersächsischer Krankenpflegesschulen. Frankfurt a. M..

Kultusministerkonferenz (2010): Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i. d. F. vom 04.02.2010. Online:

http://www.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/KMK/Vorgaben/KMK_Laendergemeinsame_Strukturvorgaben_aktuell.pdf (07.03.2018).

Lademann, J./Müller, K./Schulze, U./Bleses, H./Keogh, J./Loewenhardt, C./Schilder, M./Flieder, M. (2015): Stellungnahme und Forderungen zum vorläufigen Arbeitsentwurf des BMFSFJ/BMG zum Gesetz über den Pflegeberuf (Pflegeberufsgesetz-PflBG). Teil 3 "Hochschulische Pflegeausbildung". Hessische Hochschulen für angewandte Wissenschaften in Frankfurt, Fulda und Darmstadt. Selbstveröffentlichtes Dokument.

Lademann, J./Latteck, Ä.-D./Mertin, M./Müller, K./Müller-Fröhlich, C./Ostermann, R./Thielhorn, U./Weber, P. (2016): Primärqualifizierende Pflegestudiengänge in Deutschland – eine Übersicht über Studienstrukturen, -ziele und -inhalte. In: Pflege & Gesellschaft, 21, H. 4, 330-345.

Landenberger, M. (2005): Ländervergleich: Lehren aus Deutschland, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich für die Reform der Pflegeausbildung in Deutschland und Berlin. In: Landenberger, M./Stöcker, G./Filkins, J./de Jong, A./Them, C./Selinger, Y./Schön, P. (Hrsg.): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover, 177-270.

Lehmann, Y./Beutler, K./Karge, K./Ayerle, G./Heinrich, S./Behrens, J./Landenberger, M. (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Stand: Februar 2014. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. Bonn. Online: https://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsforschung_Band_15.pdf (16.05.2018).

Lipsmeier, A. (2000): Systematisierungsprinzipien für berufliche Curricula. In: Lipsmeier, A./Pätzold, G. (Hrsg.): Lernfeldorientierung in Theorie und Praxis. Beiheft 15: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Stuttgart, 54-71.

Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2015): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Online: http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf (07.03.2018).

Müller, K./Koeppel, A. (2008): In guten Händen. Handbuch für die praktische Ausbildung. Berlin.

Mühlherr, L. (2013): Akademische Grundbildung in der Pflege in der Schweiz. In: bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, Spezial 6. 1-13. Online: http://www.bwpat.de/ht2013/ft14/muehlherr_ft14-ht2013.pdf (07.03.2018).

Pahl, J.-P. (2017): Berufe, Berufswissenschaft und Berufsbildungswissenschaft. Bielefeld.

Panknin, H.-T. (2017): Höhere Pflegequalität, weniger Burnout. Studie zu Bachelor-Absolventen in Europa. In: Die Schwester/Der Pfleger, 56, H. 12, 88-90.

Reuschenbach, B./Darmann-Finck, I. (2018): Pflege studieren – Intentionen, Strukturen und Erfahrungen. In: Sahmel, K.-H. (Hrsg.): Hochschuldidaktik der Pflege- und Gesundheitsfachberufe. Berlin, 63-75.

Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates: vom 07.09.2005, über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Online: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32005L0036&from=DE> (07.03.2018).

Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates: vom 20.11.2013, zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“). Online: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013L0055&from=DE> (07.03.2018).

Schöpf, N. (2005): Ausbilden mit Lern- und Arbeitsaufgaben. Bielefeld.

Stöver, M. (2010): Die Neukonstruierung der Pflegeausbildung in Deutschland. Eine vergleichende Studie typischer Reformmodelle zu Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie deren Nachhaltigkeit. Lage.

Ulmer, E. M./Luft, L. (2016): Pflege braucht Differenz. Zur Diskussion. In: Pflege & Gesellschaft, 21, H. 3, 275-279.

Walkenhorst, U. (2017): Akademisierung der Gesundheitsberufe. Verwissenschaftlichung der Berufe oder Verberuflichung der Wissenschaft? In: Berufsbildung, 71, H. 164, 15-17.

Weidner, F./Kratz, T. (2012): Eine zukunftsorientierte Pflegebildung? Anmerkungen zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. In: BWP, 41, 6, 11-14.

Weiß, R. (2016): Duale Studiengänge – Verzahnung beruflicher und akademischer Bildung. In: Faßhauer, U./Severing, E. (Hrsg.): Verzahnung beruflicher und akademischer Bildung. Duale Studiengänge in Theorie und Praxis. Bielefeld, 21-38.

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Online: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (07.03.2018).

Wissenschaftsrat (2013): Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums. Positionspapier. Online: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/3479-13.pdf> (07.03.2018).

Wollnik, T. (2012): Reglementierte Berufe-Grundlagen, Formen und Bedeutung. In: BWP, 41, 6, 53-54.

Zöller, M. (2012): Qualifizierungswege in den Gesundheitsberufen und aktuelle Herausforderungen. In: BWP, 41, H. 6, 5-10.

Dieser Beitrag wurde dem ***bwp@*-Format**: **DISKUSSIONSBEITRÄGE** zugeordnet.

Schlüsselwörter: *Pflegebildung, Primärqualifizierung, Curriculumentwicklung, didaktische Prinzipien, Kompetenzentwicklung, Lernort Praxis*

Zitieren dieses Beitrages

Elsbernd, A./Bader, K. (2018): Herausforderungen bei der Konzeption von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen. In: *bwp@* Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, Ausgabe 34, 1-20. Online: http://www.bwpat.de/ausgabe34/elsbernd_bader_bwpat34.pdf (27.6.2018).

Die Autorinnen



Prof. Dr. ASTRID ELSBERND

Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
Flandernstraße 101, 73732 Esslingen am Neckar

Astrid.Elsbernd@hs-esslingen.de

www.hs-esslingen.de/personen/astrid-elsbernd



KATRIN BADER

Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
Flandernstraße 101, 73732 Esslingen am Neckar

Katrin.Bader@hs-esslingen.de

www.hs-esslingen.de/soziale-arbeit-gesundheit-und-pflege/