

Qualifikationsziele des Studiengangs Pflege (dual), B.Sc.

Wissenschaftliche Befähigung

Das Profil des Studiengangs ist klinisch. Das Programm qualifiziert für eigenständige Aufgaben in der unmittelbaren Patienten- bzw. Bewohnerbetreuung. Die Absolvent*innen des Studiengangs werden befähigt, den gesamten Prozess der pflegerischen Betreuung und Versorgung in der jeweiligen Einrichtung eigenständig zu planen, durchzuführen und zu evaluieren (vgl. Vorbehaltsaufgabe nach § 4 PfIBG). Die wissenschaftliche Befähigung dient daher primär der Förderung der pflegerischen Handlungskompetenz. Das bedeutet im Einzelnen:

- *Wissensgrundlagen für eine theoriegeleitete und evidenzbasierte Praxis.* Dazu gehören pflegewissenschaftliche und methodische Kompetenzen als Grundlage für wissenschaftliche Entscheidungen, die in den beruflichen Handlungsfeldern zur Anwendung kommen sollen (siehe Modulsäule *Verwissenschaftlichung der Pflege im Zentrum einer hochschulisch ausgebildeten Pflegekompetenz*).
- *Einsatz, Anwendung und Erzeugung von Wissen im Sinne von Nutzung und Transfer, wissenschaftliche Innovation:* Selbstverständnis zur *Problemlösungskompetenz*, indem auf Wissen der Pflegewissenschaft und Bezugswissenschaften zurückgegriffen wird, um Lösungen für die Pflegepraxis zu entwickeln. Im Rahmen der eigenständigen Verantwortung für die Pflege von Patient*innen und Bewohner*innen wird die Fähigkeit erworben, theoriegestützt Probleme zu erkennen und gemeinsam mit Patient*innen/Bewohner*innen und im multidisziplinären Team entsprechend der Pflegeprozessmethode Lösungsvorschläge zu erarbeiten und Interventionen zu planen, durchzuführen und zu evaluieren (siehe Modulsäulen *Verwissenschaftlichung der Pflege im Zentrum einer hochschulisch ausgebildeten Pflegekompetenz* und *Grundlagen zum Verständnis vom Menschsein in unterschiedlichen Lebenslagen- und Nöten (Subjektperspektive)*).
- *Kommunikations- und Kooperationskompetenz.* Zur Anwendung der Pflegeprozessmethode als Beziehungs- und Problemlösungsmethode bedarf es umfangreicher kommunikativer und kooperativer Kompetenzen: In der Beziehungsgestaltung mit Patient*innen und Bewohner*innen und ihren Angehörigen geht es um Vertrauensaufbau, Fallverständnis und Aushandlungsprozesse. In der Kooperation im multidisziplinären Team sind Kenntnisse der Versorgungsstrukturen, gesundheits- und sozialrechtliche Bestimmungen, Organisationskompetenz sowie Aushandlungs- und Vermittlungskompetenz gefragt (siehe Modulsäulen *Hermeneutische Fallkompetenz im Kontext der Pflegeprozessplanung* und *Grundlagen zum Verständnis vom Menschsein in unterschiedlichen Lebenslagen- und Nöten (Subjektperspektive)*).

Befähigung zur Verantwortungsübernahme: Die selbstständige Gestaltung der vielfältigen Pflegesituationen erfordert als übergeordnete Kompetenz die Fähigkeit und Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme, die auf den professionellen Werten des Berufes beruhen. Im Studiengang wird über die Module (insbesondere Module Praxislernen 1-5) zirkulär das Hermeneutische Fallverstehen eingeübt, das in Anlehnung an Oevermann (u. a. 1996)¹ Bestandteil des professionellen Handelns ist. Zudem sind einige der Module darauf ausgerichtet, gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen – die gesellschaftliche Verantwortung als Haltung in der Pflegeidentität zu verstehen und

¹ Vgl. Oevermann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A./Helsper, W. (Hg.): Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt M.: Suhrkamp, S. 70–182, Bartholomeyczik, Sabine (1997): Professionalisierung der Pflege – zwischen Abhängigkeit und Omnipotenz. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 29 (1). 14. Jahrgang. Tübingen: dgvt-Verlag S. 5–13, Kühme, Benjamin (2019): Identitätsbildung in der Pflege. Pflegepraxis und Bildungsmuster im Prozess beruflicher Sozialisation. Frankfurt am Main: Mabuse.

in das Berufsverständnis aufzunehmen (siehe Modulsäule *Gestaltung der Pflege im gesellschaftlichen Kontext*).

Befähigung zu einer qualifizierten Erwerbstätigkeit

Ein entscheidendes Element der Berufsbefähigung ist die duale Anlage des Studiengangs, der in enger Verzahnung mit der Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann stattfindet. Seit 2003 konnten in der Pflege aufgrund einer Öffnungsklausel in § 4, Absatz 6 des Krankenpflegegesetzes ausbildungsintegrierende Studiengänge erprobt werden, deren Nutzen evaluativ belegt² wurde. Seit 2017 gilt das neue Pflegeberufegesetz, das in Teil 3 die regelhafte Ausbildung an der Hochschule vorsieht und von Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) evaluiert wird.³ Aktuelle Entwicklungen zeigen, dass die Akademisierungsquote eines Ausbildungsjahrgangs der Pflege bei 1,74 % liegt, wenn die dualen und Studiengänge in Deutschland einbezogen werden. Die Akademisierungsquote durch primärqualifizierende Studiengänge (nach Teil III PflBG) liegt aktuell bei 0,82 % (Meng, Peters, Dorin 2022).⁴ Demgegenüber stehen die durchgängigen Empfehlungen des Wissenschaftsrats (2012)⁵, die eine Akademisierungsquote von 10- 20% im Gesundheitswesen für notwendig halten. Folgend werden einige Punkte angeführt, die eine berufliche Tätigkeit in Patient*innennähe/ Bewohner*innennähe von hochschulisch ausgebildeten Pflegenden sinnvoll machen. Die Forderung des Wissenschaftsrates steht dabei stellvertretend für viele Autor*innen:

- Die Anforderungen an die Gesundheitsfachberufe verändern sich, da mit der Zunahme chronischer Krankheiten bei alternder Bevölkerung komplexe Problemlagen in Betreuung und Versorgung entstehen, die mehr Wissen und erhöhte Kooperationskompetenzen verlangen. Im Studiengang werden die Studierenden darauf vorbereitet, wissenschaftliche Erkenntnisse über Datenbanken zu generieren, *die im Sinne von Nutzung und Transfer in der Praxis* zur Anwendung kommen, um für die angeführten komplexen Situationen im beruflichen Praxisfeld Handlungsvorschläge machen zu können. Diese methodische Kompetenz wird in den Pflegeteams zunehmend gebraucht, um eine anhaltend wissenschaftlich gestützte Pflege in der Praxis umzusetzen. Im Kooperationsverbund konkretisiert sich das derzeit durch „Journal-Clubs“ und Stabsstellen für Pflegequalität im mittleren Management.
- Das komplexe Gesundheitswesen erzeugt zunehmend Spezialisierungen und neue Aufgabenfelder, die nicht mehr ausschließlich von Mediziner*innen bewältigt werden können, zumal unter den Vorzeichen drohenden Ärztemangels. Im Studiengang wird dies beispielsweise mit innovativen Pflegesystemen beantwortet, wie Primary Nursing und ANP als erweiterte Pflegepraxis⁶. Methodische Kompetenzen werden zum Thema Digitalisierung vermittelt, die (kritisch reflektierte) Handlungsalternativen vor dem Hintergrund der Personalproblematik in der

² Siehe Abschlussbericht Dezember 2014: Inhaltlich und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Universität Bremen. Material aus dem Internet: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_NRW-Abschlussbericht-End-26_05_2015.pdf. (Stand: 21.09.2015, letzter Zugriff am 30.04.2022); Gemeinsame Stellungnahme des Fachbeirats zu den Ergebnissen der Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsberufe in NRW 2015. Im Internet: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_Stellungnahme_Modellstudiengaenge.pdf (Stand: 21.09.2015, letzter Zugriff am 30.04.2022); Ewers (2010): Evaluation dualer Pflegestudiengänge – Projekt zur Untersuchung der Entstehungs- und Kontextbedingungen dualer Studienangebote, deren curricular-konzeptioneller Ausrichtung sowie deren Implementierungs- und Umsetzungsbedingungen; Durchführung an der Charité – Universitätsmedizin Berlin (Stammprojekt – HPE-02). Vgl. auch Dieterich, S., Hoßfeld, R., Latteck, Ä. D., Bonato, M., Fuchs-Rechlin, K., Helmbold, A., große Schlarmann, J. & Heim, S. (Hrsg.) (2019). Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS) -Abschlussbericht. Bochum 2019. Im Internet: https://www.hsgesundheits.de/fileadmin/user_upload/hochschule/Praesidium/Stabsstellen/Qualitaet_Studium_Lehre/VAMOS_ABSCHLUSSBERICHT_hsg_Endversion_Publikation_.pdf (letzter Zugriff am 20.06.22).

³ <https://bibb-dspace.bibb.de/rest/bitstreams/ed23b2bd-bcbc-4bb2-9cdb-27d194f3a834/retrieve> (letzter Zugriff am 20.06.22)

⁴ <https://bibb-dspace.bibb.de/rest/bitstreams/ed23b2bd-bcbc-4bb2-9cdb-27d194f3a834/retrieve> (letzter Zugriff am 20.06.22).

⁵ Wissenschaftsrat 2012: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Drs. 2411-12, Berlin 13.07.2012.9 Im Internet: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?blob=publicationFile&v=5> (letzter Zugriff am 08.,08.2022).

⁶ ANP ist auf Masterniveau (HQR 2) angesetzt. In letzter Zeit ist zu beobachten, dass Bachelorabsolvent*innen den entsprechenden Anschluss in einem Masterstudiengang wählen.

Praxis aufweisen. Im Vordergrund steht die *wissenschaftliche Bewertung von Nutzen und Transfer* der digitalen Angebote, die an der Hochschule kennengelernt werden. Die ersten Kliniken beginnen mit Modellen zur technikgestützten Pflege, in denen Absolvent*innen eingebunden sind.

- Die bisher nicht ausreichend genutzten Ressourcen nicht-ärztlicher Heilberufe sollen zur Stabilisierung der Gesundheitsleistungen ausgebaut werden. Im dualen Studiengang Pflege werden wissenschaftliche Innovationen der BWL und des Personalmanagements vermittelt, die in der Pflegepraxis untersucht werden. Als Folge des angestoßenen *Transfers* kommen die Studierenden in die Anwendungen, die sich in Stabstellen der mittleren Führungsebene der Kooperationspartner konkretisieren. So werden Koordinationsstellen für Praxisanleitung, Planung der praktischen Ausbildung, Stellen für Pflegequalität und pflegewissenschaftliche Konzeptentwicklung eingerichtet.
- Die Forderung nach forschungs- und evidenzbasierter Praxis verstärkt sich. Im Studiengang konkretisiert sich die *breite und tiefe Wissensvertiefung* in den Modulen „Pflegeforschung verstehen. Grundlagen der Statistik“, „Projektentwicklung in der Pflegepraxis“ und „Wissenstransfer in die Praxis. Konzepte/ Methoden“. Dem *Wissenserwerb* schließen sich methodische Kompetenzen an, die zum *Transfer des Wissens* in die Praxis befähigen, was in der Pflegepraxis gefragt ist, zunehmend Bedeutung bekommt und mit entsprechenden Stellenprofilen beantwortet wird (siehe oben). In den kooperierenden Praxiseinrichtungen ist ein deutlicher Bedarf an innovativer Konzeptentwicklung festzustellen.
- Um drohendem und zum Teil bereits einsetzendem Fachkräftemangel zu begegnen, soll die Attraktivität der Gesundheitsfachberufe gesteigert werden. Dies soll mit Positionen geschehen, die mit akademisch qualifiziertem Personal besetzt werden und Karriereplanung im Beruf ermöglichen. Die Durchlässigkeit im Bachelor-Mastersystem ermöglicht grundsätzlich eine langfristige Personalplanung, die mit den strategischen Zielen der Praxiseinrichtungen verbunden werden können. Im dualen Studiengang Pflege wird der erste berufsqualifizierende Abschluss (Bachelor) erreicht. Diese Mitarbeiter*innen können nun in den Kliniken und Pflegeheimen über spezialisierte Masterstudiengänge (u. a. ANP, Kritische Pflege) für die Unternehmensziele aufgebaut werden und bleiben der Institution längerfristig erhalten. Im Kern erschließen sich die Studierenden pflegewissenschaftliche Konzepte, untersuchen diese hinsichtlich ihres Professionsgehalts und entwickeln Lösungsvorschläge für die Praxiseinrichtungen. Eine durch lebenslanges Lernen geprägte Identität und Haltung kann sinnvoll in die Personalentwicklung eingebunden werden, was sich bei den Kooperationspartnern bereits zeigt.
- Um gelingende Kooperationen in einem multiprofessionellen Team (international als „Collaborative Care“ konzipiert) zu erreichen, müssen die einzelnen Berufe auf gleicher Ebene kommunizieren können. Dazu bedarf es wissenschaftlich qualifizierter Gesundheitsfachkräfte. Im Rahmen ihres Studiums üben die Studierenden Kommunikations- und Interaktionstechniken ein, die sie dann auf verschiedene berufliche Handlungssituationen im Sinne eines Transfers übertragen können. Methodisch geht es zudem darum, die „Advocacy“ für die Pflegeempfänger zu übernehmen und im multiprofessionellen Team zu vertreten.
- Die Vergleichbarkeit der Ausbildungsniveaus und Kompetenzen sind auf internationaler Ebene ohne wissenschaftliche Qualifikation zumindest eines Teiles der Gesundheitsfachkräfte schlichtweg nicht mehr zu vermitteln, da u. a. international die Pflegeausbildung auf EQR-6 (analog DQR-6) angesetzt ist. Die Studierenden im dualen Studiengang lernen Methoden, Konzepte und Wissensbestände der internationalen Pflegewissenschaft- und Praxis kennen und werden dadurch zu einem Transfer in die Ausbildungseinrichtungen sowie einer Bewertung der internationalen Themen für die Praxis angeregt. Über diesen Transfer haben bereits international entwickelte Konzepte ihren Anschluss in die kooperierenden Praxiseinrichtungen gefunden, was von den Arbeitgeber*innen sehr begrüßt wird.

Die Absolvent*innen können die umfassenden Aufgaben der Versorgungssteuerung komplexer Bedarfe von pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen im Kontext der Pflegeprozessplanung übernehmen und fachlich fundiert beraten, zum Beispiel beim Entlassungsmanagement aus stationären Einrichtungen. Darüber hinaus werden die Absolvent*innen befähigt, an der Weiterentwicklung der beruflichen Praxis in den Feldern der Gesundheitspflege mitzuarbeiten. Auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und reflektierter Praxiskompetenz können sie den Theorie-Praxis-Transfer befördern, so zum Beispiel in der Mitarbeit bei der Einführung von wissenschaftsbasierten Praxiskonzepten in allen Handlungsfeldern der Pflege und der Implementierung von Evidence Based Nursing.

Persönlichkeitsentwicklung

Auf der personalen Ebene werden die Studierenden befähigt, sich zu selbst organisierenden und motivierenden, innovationsfähigen Persönlichkeiten zu entwickeln, die auch auf sich verändernde Arbeitsanforderungen flexibel reagieren können. Dazu ist es notwendig, dass die Studierenden lernen, selbstkritisch zu agieren, dass sie bereit sind, Verantwortung zu übernehmen und in der Lage sind, getroffene Entscheidungen auch begründet durchzusetzen. Darüber hinaus müssen sie eine eng vernetzte Zusammenarbeit mit anderen fachnahen Berufsgruppen suchen und gestalten können. Die dazu notwendige Vermittlung von Inhalten zur Entwicklung von Lern-, Sozial- und Personalkompetenz ist Bestandteil verschiedener Schwerpunktthemen in der überwiegenden Zahl der Module. Gleichwohl ist in den Blick zu nehmen, dass die Studierenden mit anderen Identitäten in die Pflegepraxis gehen, die zwar Neugier aber auch Misstrauen und Ängste bei den traditionell ausgebildeten Pflegenden auslösen. Praxisanleiter*innen sind bisher kaum akademisch ausgebildet und haben somit keine vergleichbare Berufssozialisation wie die Pflegestudierenden durchlaufen. So erschließt sich für Anleitende in der Praxis oft nicht der Sinn, dass Student*innen ebenso wie die Pflegeschüler*innen für die Pflegepraxis ausgebildet werden. Dabei ist zu befürchten, dass sich Studierende durch erfahrene Ablehnung nicht mit den Pflegeteams identifizieren und sich selbst nicht als Pflegepraktiker*innen wahrnehmen. Die Entwicklung der akademischen Pflegebildung löst bis heute Ängste und Zweifel in der Pflegepraxis aus.

Auch 20 Jahre nach Axmacher (1991)⁷ ist für den Studiengang zu bedenken, dass in der Begegnung zwischen erfahrenen Pflegepraktiker*innen und Pflegestudierenden das Phänomen der Heimatlosigkeit im eigenen Gegenstandsfeld zu Konflikten führen kann.⁸ Im dualen Studiengang Pflege wird die Problematik vor allem in den Praxismodulen (Praxislernen 1-5) aufgefangen. Zum einen, sieht das Lehrkonzept die Reflektion der in der Pflegepraxis gemachten Erfahrungen vor, was bei den Studierenden entlastend wirkt. Zum anderen kommen sie durch die in der Praxis gemachten Differenzenerfahrungen (Marotzki 1991)⁹ in neue Handlungsmuster, die über das „Arbeitsverbundene“ Lernen ausgelöst und erlernt werden. Die Handlungsprodukte für die Pflegepraxis, die daraus entstehen, werden zunehmend von den Praktiker*innen anerkannt und gewürdigt.¹⁰ Über diesen Weg entsteht eine neue, wissenschaftlich reflektierte Pflegeidentität, in der Transferleistungen in die

⁷ Axmacher, D. (1991): Pflegewissenschaft- Heimatverlust der Krankenpflege? In: Rabe- Kleberg, U./Krüger, H./Karsten, M. E./Bals, T. (Hrsg.): Pro Person: Dienstleistungsberufe in der Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung, Ausbildung-Tätigkeitsfelder- Professionalisierung, Ergebnisse und Materialien/ Fachtagung „Hochschulausbildung für Berufe im Bereich Personenbezogener Dienstleistungen. Universität Bremen 11/ 12.02.91. Kritische Texte. Bielefeld: Böllert. S.120- 137.

⁸ Vgl. Kühme, B. (2019): Identitätsbildung in der Pflege. Pflegepraxis und Bildungsmuster im Prozess beruflicher Sozialisation. Frankfurt am Main: Mabuse. Vgl. auch Kühme, B. & Narbei, E. (2017). Entwicklung von pflegedidaktisch reflektierten Transferaufgaben. In T. Evers, A. Helmbold, Ä-D. Latteck & F. Störkel (Hrsg.), Lehr-Lernkonzepte zur klinischen Kompetenzentwicklung. Best-Practice-Beispiele aus den Modellstudiengängen NRW. Budrich. S. 29 – 44.

⁹ Marotzki, Winfried (1991): Bildung, Identität und Individualität. In: Benner, Dietrich/Lenzen, Dieter (Hrsg.) (1991): Erziehung, Bildung, Normativität. Versuche einer deutsch-deutschen Annäherung. Weinheim/München: Juventa. S. 79–94.

¹⁰ Vgl. Kühme, B. (2022): Theoriegeleitetes Handeln in der Pflege als pflegerisches Bildungsmuster. Teil 1. Empirischer Zugang. In: PADUA. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung 17 (3). Bern: Hogrefe. S. 125- 131 und Kühme, B. (2022): Theoriegeleitetes Handeln in der Pflege als pflegerisches Bildungsmuster. Teil 2. Konsequenzen in einem Pflegestudiengang. In: PADUA. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung 17 (3). Bern: Hogrefe. S. 133- 138.

Berufspraxis eine andere Bedeutung haben und selbstverständlich sind.

In der Neuentwicklung des Studiengangs wurde zudem insgesamt mehr darauf geachtet, dass die Studierenden der Pflege zu mehr gesellschaftlicher Verantwortung angehalten werden. Dies ist grundsätzlich über die Modulsäule *Gestaltung der Pflege im gesellschaftlichen Kontext* angelegt. Im Kern geht es darum, die Pflege in verschiedenen gesellschaftlichen Handlungsfeldern zu gestalten und mitzubestimmen. *Absolvent*innen sollen in der Lage sein, gesellschaftliche Prozesse kritisch zu reflektieren sowie eine Haltung zum Verantwortungsbewusstsein zu entwickeln – aktiv in der Gestaltung des demokratischen Gemeinns mitzugestalten.* Im Hintergrund stehen die Professionalisierung der Pflege und die aktive gesellschaftliche Beteiligung der Absolvent*innen. Wie schon dargelegt, zeichnet sich berufliche Pflege traditionell durch Passivität aus und wird weitestgehend fremdbestimmt, da politische, ökonomische, marktwirtschaftliche und personale Kompetenzen fehlen. Die Module dieser Modulsäule sollen ermöglichen, dass die Studierenden entsprechende Kompetenzen entwickeln, um die gesellschaftliche Mitgestaltung und Mitbestimmung möglich zu machen. Die Absolvent*innen sollen sich für Pflegeethemen im gesellschaftlichen Kontext verantwortlich fühlen, gestalten und eine „Advocacy“ für die Pflegeempfänger in der Gesellschaft übernehmen. Die Studierenden profitieren insbesondere vom „Arbeitsverbundenen Lernen“ in den Praxismodulen 1-5. Die Transferaufgaben beinhalten explizit das anwaltschaftliche Eintreten für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie die anhaltend kritisch Deutung¹¹ der Fallsituationen in der Praxis. Die Module thematisieren soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit als zentrale Voraussetzung für Gesundheit. Die Absolvent*innen achten kulturelle und religiöse Diversität und beraten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen unter besonderer Berücksichtigung ihrer Vulnerabilität, aber auch ihrer vorhandenen Ressourcen, für deren Stärkung sie sich einsetzen. Sie engagieren sich für Personen, die zur Selbstvertretung ihrer Interessen nur begrenzt oder nicht mehr in der Lage sind und sichern ihnen einen besonderen Schutz zu¹². Sie engagieren sich für die Verbesserung der Lebensverhältnisse, setzen sich für die Aufrechterhaltung von Lebensqualität ein und schützen und begleiten Menschen in der letzten Lebensphase. Sie beteiligen sich an den Aushandlungsprozessen zwischen ökonomischen, ordnungspolitischen und humanitären Strukturvorgaben.

¹¹ Vgl. Müller-Staub, M. (2006): Klinische Entscheidungsfindung und kritisches Denken im pflegediagnostischen Prozess. In: *Pflege*, 19. Jg., S. 275 – 279.

¹² Vgl. Modulsäule *Grundlagen zum Verständnis vom Menschsein in unterschiedlichen Lebenslagen- und Nöten (Subjektperspektive)*.