

Positionspapier



Akademische Grundausbildung für Pflegekräfte mit Bachelor-Abschluss und Berufszulassung

Unsere Gesellschaft wird bei erhöhtem Bedarf an qualifizierten Gesundheits- und Pflegeleistungen immer weniger Nachwuchs an Pflegekräften zu Verfügung haben. (Vgl. Anhang Grafik Altersaufbau 2009). Mit Blick auf die kleiner werdende Zahl von Schulabgängern muss deshalb Studierfreudigen im Bereich der Pflege ein attraktives Angebot gemacht werden, damit diese Gruppe für die Übernahme qualifizierter Pflegeaufgaben nicht verloren geht.

Pflegewissenschaftliche Kompetenz muss am Krankenbett verfügbar sein. Die im Krankenpflegegesetz in Anlehnung an internationalen Standard formulierten Ansprüche an das Ausbildungsergebnis können im Rahmen des bestehenden Schulungssystems nicht wirklich erfüllt werden. Die genannten Ansprüche sind allerdings berechtigt. Deshalb wird konsequenter Weise in anderen Ländern der EU die Qualifikation von Pflegekräften im tertiären Bereich angesiedelt. Dagegen ist in Deutschland Pflege ein Ausbildungsberuf. Pflege hebt sich von anderen Ausbildungsberufen ab, indem wissenschaftliche Bildung zum Ausbildungsziel erklärt worden ist (Vgl. Anhang: Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung). Systembedingt bleibt das Ausbildungsergebnis in Pflegeschulen hinter erwartbaren Ergebnissen zurück – trotz ausgezeichneter Ausbildungsergebnissen bei besonders begabten Teilnehmern.

Vielfältige Gründe machen es sinnvoll, neben der seitherigen dreijährigen Ausbildung zur Pflegekraft eine grundständige akademische Pflegeausbildung anzubieten, die gleichzeitig gemäß des Europäischen Qualifikationsrahmens zu einem Bachelorabschluss führt. Der LPR verdichtet die zahlreichen auf Literatur gestützten Argumente auf 7 Thesen. Die argumentative Untermauerung kann dem anschließenden Text entnommen werden.

7 Thesen für eine akademische Grundausbildung in der Pflege

- 1. Arbeitgeber profitieren von Bachelor-Pflegekräften**
- 2. Bachelor-Pflegekräfte tragen zur verbesserten Wertschöpfung bei**
- 3. Die Praxisausbildung einer Studentin ist effizienter als die Praxisausbildung von Schüler-/innen, die als Arbeitskraft eingesetzt sind und ungenügend angeleitet werden**
- 4. Die Versorgungsqualität der Bürger wird gesteigert und ökonomisiert**
- 5. Abiturienten werden eher für diese Berufswahl motiviert**
- 6. Der Verbleib im Beruf wird verbessert**
- 7. Mit einer akademischen Grundausbildung in der Pflege schafft Deutschland Normalität und Vergleichbarkeit zu anderen EU-Ländern**

Begründung

1. Arbeitgeber profitieren von Bachelor-Pflegekräften

- a) Die Bachelor-Pflegekraft ist generalistisch ausgebildet und ist vielseitiger einsetzbar (Keine Trennung zwischen Kranken- und Altenpflegeausbildung z.B. Integration von gerontologischem Spezialwissen in die Deutung der vorliegenden krankheitsbedingten Pflegesituation)
- b) Die Bachelor-Pflegekraft ist besonders geschult, geplant und Problem lösend zu handeln
- c) Die Bachelor-Pflegekraft kann sich für Personenorientierung trotz Schwierigkeiten im System einsetzen
- d) Durch eine Vertiefung der Qualifikationsstruktur kann die Arbeit von ehrenamtlich arbeitenden Personen und von weiteren Personen ohne eine berufliche Erstausbildung langfristig besser gesteuert werden
- e) Je mehr Bachelor-Degrees im Pflegepersonal-Skillmix, umso geringer die Komplikationsrate und Sterblichkeit
- f) Evidence-Based Nursing wird ermöglicht und verhindert unreflektierten Ressourcenverbrauch
- g) Patienten in Krankenhäusern mit besser ausgebildetem Pflegepersonal sind zufriedener

2. Bachelor-Pflegekräfte tragen zur Verbesserung der Wertschöpfung bei

- a) Der Gesundheitsmarkt ist ein Wachstumsmarkt, braucht entsprechende tiefere und neue Qualifikationen
- b) Aufgrund der demografischen Entwicklung kann von einem Jahrzehnte langen Wachstum von Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitswesen ausgegangen werden
- c) Es sind medizinische Versorgungsleistungen sicher zu stellen, die nur noch schwer durch Ärzte allein abgedeckt werden können
- d) Pflegekräfte mit Bachelor-Qualifikation erleichtern den Neuzuschnitt der Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen mit effizienterer Aufgabenverteilung
- e) Zugangsvoraussetzung zu finanziellen Ressourcen ist von einer exakten und kompetenten Beurteilung des Pflegebedarfs abhängig
- f) Das zunehmende Klientel mit Pflegebedarf ohne ärztlichen Behandlungsbedarf benötigt ein entsprechendes Versorgungsangebot mit effizienterem Preis-Leistungsverhältnis als bisher
- g) Ohne entsprechend qualifizierte Fachkräfte wird ein mögliches und notwendiges Wachstum im Sozial- und Gesundheitswesen nur eingeschränkt erfolgen können. Die Folge wird sein, dass wertschöpfende und beschäftigungsschaffende Potenziale nicht oder nur eingeschränkt genutzt werden können und zwangsläufig zu nachteiligen betriebswirtschaftlichen wie auch volkswirtschaftlichen Effekten führen werden
- h) Wissenschaftskompetenz am Krankenbett - bisher wurden akademisierte Pflegekräfte vom Bildungsbereich oder Entscheidungsträgerbereich aufgesogen - erleichtert Innovationsdiffusion. Dies führt zu kritischer Reflexion hinsichtlich des Einsatzes kostenintensiver Interventionen, deren Wirkung wissenschaftlich nicht belegt ist

3. Die Praxisausbildung einer Studentin lässt sich lerneffektiver gestalten

- a) Bessere Lernchancen in der Praxis, da Studenten nicht auf den Stellenplan angerechnet sind. Dem unlösbaren Problem in der derzeitigen Ausbildungspraxis, dass Pflegeschüler/-innen als Arbeitskräfte eingesetzt werden, statt wenigstens ausreichend angeleitet und geschult zu werden wäre dann der Boden entzogen.
- b) Bessere Praxisausbildung durch strukturierte zielgesteuerte und reflektierte Bildungsräume im Praktikum

4. Die Versorgungsqualität der Bürger wird gesteigert und ökonomisiert

- a) Für die Gewährleistung der pflegerischen Versorgungsqualität in Deutschland braucht es nicht nur genügend Pflegekräfte, es braucht genügend wissenschaftlich qualifizierte Pflegekräfte
- b) Aktueller Stand der Pflege- und Bezugswissenschaften steht dem Markt und der Gesellschaft schneller zu Verfügung (Innovationsbeschleunigung)
- c) Die Bachelor-Pflegekraft sorgt dafür, dass Erkenntnisse der Pflegewissenschaft an der Basis ankommen, da sie die Kompetenz besitzt, wissenschaftliche Beiträge zu recherchieren und in das System zu integrieren
- d) Die Bachelor-Pflegekraft ist geschult, sämtliche anderen arbeitsfeldbezogene Information (Gesetze, Bezugswissenschaften...) zu beschaffen und zu verarbeiten
- e) Die Bachelor-Pflegekraft ist besonders für Evidenz-basiertes Handeln geschult. Sie kann Pflege- und bezugswissenschaftliche Beiträge zu bestimmten Fragestellungen recherchieren, bewerten, argumentativ vertreten und in betrieblichen Kontext einbringen
- f) Wissenschaftsbasierte, maßgeschneiderte Lösungen werden subjektorientiert am Pflegebett und in der Gesundheitsberatung wirksam
- g) Die Bachelor-Pflegekraft kann Wissenschaftsorientierung und Praxisorientierung mit einander verschränken
- h) Die Bachelor-Pflegekraft ist besonders geschult, analytisch und kritisch zu denken
- i) Die Bachelor-Pflegekraft sichert durch ihre meta-analytische Fähigkeiten ethisches und fürsorgliches Verhalten ab
- j) Die Bachelor-Pflegekraft verfügt über ein komplexes Fallverstehen. Die eigentlichen Problemstellungen können besser reflektiert, verstanden, verbalisiert (Pflege-diagnostik) und in eine maßgeschneiderte Hilfeleistung eingebracht werden
- k) Die Bachelor-Pflegekraft versteht die Pflegeempfänger in ihrem eigenen System und bietet maßgeschneidertes gesundheitsförderndes Empowerment an sowie Unterstützungsleistungen für alle Systemmitglieder (z.B. noch gesunde pflegende Angehörige mit Überforderungsrisiko)
- l) Ein gut umgesetzter Expertenstandard bzw. Leitlinie, wie bspw. Sturzprophylaxe oder Dekubitusprophylaxe führt nachgewiesener Maßen zu deutlich weniger Stürzen bzw. Hautschäden. Dadurch minimieren sich Gefahren für bedrohte Menschen, Einrichtungen werden von Regressforderungen bewahrt und es entfallen Kosten für u.U. notwendige operative und medikamentöse Versorgungen, was sich volkswirtschaftlich rechnet

m) Grundsätzlich darf von ihr erwartet werden:

- Theoretisch begründetes Handeln
- Intellektuelles Interesse an Rahmenbedingungen
- Abnahme veränderungsscheuer Einstellungen
- Überblick und Zusammenhangverstehen z.B. um systemische Mängel nicht als persönliches Versagen zu werten
- Personenbezogenes, interaktives Handeln, im Sinne eines begleitenden und stellvertretenden Agierens auf der Basis und unter Anwendung ihres Sonderwissensbestandes (Pflege-/Gesundheitswissenschaft)

5. Abiturienten können leichter für diese Berufswahl motiviert werden

- a) Im bisherigen Bildungssystem wachsen zu wenige Pflegekräfte heran, die der Beschreibung einer akademisch grundausgebildeten Pflegekraft (s.o.) entsprechen. Diejenigen, die es geschafft haben sich diese Kompetenzen anzueignen, mussten dieses mühevoll und über viele Berufsjahre hinweg erarbeiten. Das ist teuer, unökonomisch und abschreckend
- b) Die Bildungsangebote müssen stimmen, damit Schulabgänger mit Hochschulreife in die Pflege kommen
- c) Es braucht die Beschleunigung der Qualifizierung. Die Kandidaten können auf dem Weg zum Master bzw. zur Promotion 3 Jahre schneller sein

6. Der Verbleib im Beruf kann verbessert werden

- a) Ausbildungsabbrüche und Abwanderungen besonders qualifizierter Berufsanwärter in andere berufliche Studiengänge wegen Unterforderung und Frustration werden unwahrscheinlicher
- b) Wer in einem Berufsfeld bereits einen ersten akademischen Grad hat, erlebt es hochschwellig, völlig neu in einem anderen Feld zu beginnen
- c) Möglichkeiten zum Quereinstieg (Modulanrechnung, Anrechnung informell erworbener Bildung) eröffnen attraktive Karrierechancen auch für Pflegekräfte mit konventioneller Ausbildung

7. Mit einer akademischen Grundausbildung in der Pflege schafft Deutschland

Normalität und Vergleichbarkeit in der EU

- a) Die EU-Mitgliedsland braucht Normalität der Bildungschancen in der Pflege im Vergleich zu anderen EU-Staaten bzw. international üblichen Pflegequalifizierungen (siehe Tabelle im Anhang)
- b) In Europa besteht Übereinkunft, dass sich 8 Qualifikationsstufen unterscheiden lassen. Die derzeitige Pflegeausbildung führt zu Absolventen die der Stufe 4 entsprechen.¹ Ein Bachelorabschluss entspricht der Stufe 6.)
- c) Die WHO-Ministerkonferenz hat bereits im Jahre 2000 einen verbesserten Zugang zur akademischen Pflegeausbildung gefordert. In den meisten europäischen und sogar in Schwellenländern ist dies bereits möglich
- d) Wer Pflegekraft werden möchte und gleichzeitig einen ersten akademischen Abschluss erreichen möchte, findet selten einen entsprechenden Studienplatz. Interessierte
- e) Personen gehen dem Pflegesektor verloren oder gehen durch entsprechende Umzüge der Region verloren
- f) Die Schulklassen in Pflegeschulen sind sehr heterogen aus Schülern mit mittlerer Reife (oder Entsprechungen) oder Abitur zusammengesetzt. Vielen Teilnehmerinnen fehlt im Vergleich zu Abiturienten 2-3 Jahre zusätzliche schulische Reifung. Deshalb kommt es innerhalb einer Schulklasse zu sehr starken Leistungsunterschieden, die auf die Lernfreude und auf das Gesamtergebnis der Lerngruppe begrenzend wirken

¹ EQF-Beispiele

Stufe 1: Wird nach einer Anlernphase erreicht: Erledigung einfacher Verrichtungen

Stufe 4: Wird nach 3jähriger Berufsausbildung erreicht: Breites Spektrum fachspezifischer und theoretischer Kenntnisse nutzen

Stufe 5: Wird durch Zusatzqualifikation nach Berufsausbildung erreicht: häufig fachspezifische Kenntnisse nutzen, Lösung für genau definierte Probleme entwickeln

Stufe 6: Wird mit einem Bachelorabschluss erreicht: Kritisches Verständnis von detaillierten theoretischen und praktischen Fachkenntnissen, Argumente finden und vertreten für detaillierte Problemlösungen.

Stufe 8: Wird mit einer Promotion erreicht: mit wissenschaftlichen Methoden neue Erkenntnisse entdecken und neue Verfahrenslösungen einführen und evaluieren

Zusammenfassung

Es sind gemeinsame Anstrengungen aller gesundheitsbezogenen Institutionen und Berufe gefragt, um persönliche und politische Sicherheit zu gewährleisten. Nicht zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen im SVR-Gutachten 2007 die medizinischen Fakultäten explizit aufgefordert hat, in der Ausbildung der Gesundheitsberufe Verantwortung zu übernehmen.

Wissen und Forschungserfolge (Pflegerwissenschaften und Bezugswissenschaften) kommen bisher zu wenig an der Basis an, deshalb braucht es künftig dort entsprechende Fachkräfte, die dafür Sorge tragen können.

Pflege mit ihren komplexen Aufgaben im eigenständigen Gegenstandsbereich (Gesunderhaltung, Folgen von Krankheit/medizinischer Therapie für den jeweiligen Menschen in seinem jeweiligen Setting, das entsprechende Assessment und die darauf gerichteten Interventionen/Methoden) benötigt neben manueller einfühlsamer Geschicklichkeit und sozialen Kompetenzen auch intellektuelle Durchdringungskompetenz. Bekannter Maßen kann gesagt werden: je höher das Bildungssystem, desto hochwertiger das Ergebnis dieses Kompetenzbereiches.

Akademische Pflegeausbildung ist nichts Besonderes. Andere Länder haben dies längst etabliert. Wer es kennen gelernt hat, hat es nicht wieder abgeschafft.

Der LPR möchte sich für eine positive Entwicklung für Baden-Württemberg einbringen. Wir müssen heute den Weg möglich machen, an dem wir übermorgen nicht mehr vorbei können! Der LPR sucht deshalb zu dieser Frage den Dialog mit Verantwortlichen der Politik und bietet seine Fachexpertise an.

Der Landespflegerat Baden- Württemberg ist die Landesarbeitsgemeinschaft der Pflegeberufsorganisationen und des Hebammenwesens.

Die Mitglieder : Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen, Landesausschuss Baden-Württemberg e.V.,

Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland
Bundesfachvereinigung leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V.
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Regionalverband Südwest
Hebammenverband Baden- Württemberg e. V.

Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Baden- Württemberg
Arbeitsgemeinschaften Leitender Krankenpflegepersonen in Baden- Württemberg

Landespflegerat Baden- Württemberg

Postfach 13 09 26 70067 Stuttgart www.lpr-bw.de, info@lpr-bw.de

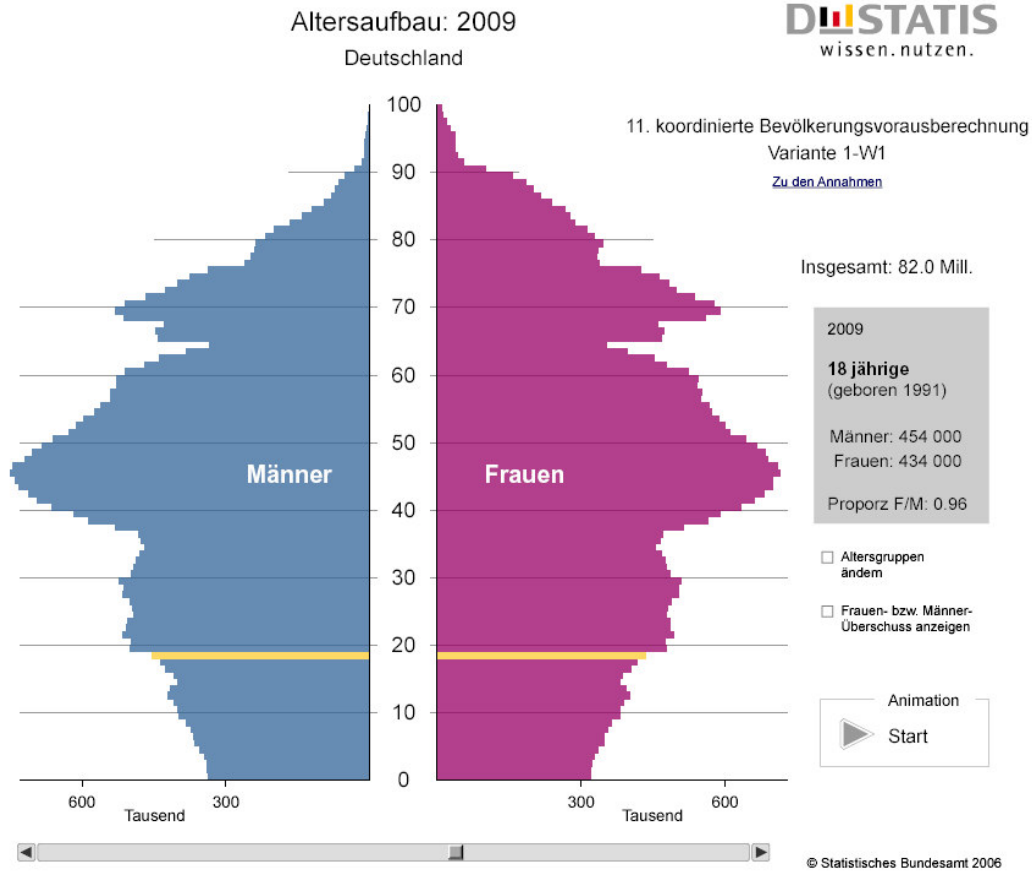
Literatur:

- Behrens, J., & Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing*. Bern: Huber.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2007). *Advanced Nursing Practice: Eine Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland*. Retrieved 26.01.2009, from <http://www.dbfk.de/download/download/Advanced-Nursing-Practice-final2007-08-29.pdf>
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.). (2006). *Pflegebildung offensiv: Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrats für Pflegeberufe*. München Jena: Urban und Schwarzenberg.
- Europäische Kommission. (2006). *Tuning in Educational Structures in Europe - Der Beitrag der Hochschulen zum Bologna Prozess*. Retrieved 26.01.2009, from http://tuning.unideusto.org/tuningeu/images/stories/template/General_brochure_German_version.pdf
- Europäische Kommission. (2008). *Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen - Lebenslanges Lernen: Systeme der allgemeinen und beruflichen Bildung. Koordinierung der Politik für lebenslanges Lernen*. Retrieved 26.01.2009, from http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc44_en.htm#doc
- Görres, S. (2008). Akademisierung der grundständigen Ausbildung in der Pflege : Hohe Pflegequalität durch mehr Kompetenz. *DBfK aktuell*(05/08), 55--57.
- Igl, G. (2008). *Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit - Voraussetzungen und Anforderungen*. München: Urban und Vogel.
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Med Care*, 45(12), 1195-1204.
- Landenberger, M., Stöcker, G., Filkins, J., de Jong, A., Them, C., Selinger, Y., et al. (2005). *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa : Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- McCutcheon, A., MacPhee, M., Davidson, J. M., Doyle-Waters, M., Mason, S., & Winslow, W. (2005). *Evaluation of Patient Safety and Nurse Staffing*. Retrieved 14.02.2009, from http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/NSPS_researcher_synthesis_e.pdf
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2008). *Kooperation und Verantwortung : Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung - Gutachten 2007*. Baden-Baden: Nomos.
- Schubert, M., Schaffert-Witvliet, B., Sabina, D. G., & Glass, T. (2005). *Schlussbericht: RICH - Nursing Study - Rationing of Nursing Care in Switzerland = CH : Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients` and Nurses` Outcomes*. Retrieved 14.02.2009, from <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02364/index.html?lang=de&download=M3wBUQCu/8ulmKDu36WenojQ1NTTjaXZnqWfVpzLhmfhnapmmc7Zi6rZnqCkkIV8f3yBbKbXrZ2lhtTN34al3p6YrY7P1oah162apo3X1cjYh2+hoJVn6w==>

- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. (2009). Pflegebedürftige, Kinderbetreuung und Lebenserwartung 2008 in Baden-Württemberg. Retrieved 26.02.2009, from http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Pressemitt/Pressehefte/Pflege_und_Kinderbetreuung.pdf
- Stemmer, R., Haubrock, M., & Böhme, H. (2008). Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege - Erstellt im Auftrag des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz. Retrieved 01.09.2008, from http://www.menschen-pflegen.de/files/4b7a8af1763ce9804e5e969e00a73c0d/1056/Kurzfassung_2008.pdf
- Tourangeau, A. E., Doran, D. M., McGillis Hall, L., O'Brien Pallas, L., Pringle, D., Tu, J. V., et al. (2007). Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *J Adv Nurs*, 57(1), 32-44.

Anhang:

Altersaufbau 2009



Quelle:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/InteraktiveDarstellung/Content75/Bevoelkerungspyramide1W2.templateId=renderSVG.psm1> am 29.01.2009

Ausbildungsziel für Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegerin (§3 KrPflG):

Abschnitt 2

Ausbildung

§ 3

Ausbildungsziel

(1) Die Ausbildung für Personen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen (Ausbildungsziel).

(2) Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen,

1. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:
 - a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
 - b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
 - c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,
 - d) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,
2. die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:
 - a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
 - b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
 - c) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,
3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

Ausbildungsinhalte gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung:

6. Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten

Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,

- sich einen Zugang zu den pflegewissenschaftlichen Verfahren, Methoden und Forschungsergebnissen zu verschaffen,
- Pflegehandeln mit Hilfe von pflegetheoretischen Konzepten zu erklären, kritisch zu reflektieren und die Themenbereiche auf den Kenntnisstand der Pflegewissenschaft zu beziehen,
- Forschungsergebnisse in Qualitätsstandards zu integrieren.

Pflegeausbildungen in der Europäischen Union

Land	Zugangsvoraussetzungen		Status der Lernenden	Struktur der Ausbildung				System der Ausbildung		
	Alter	Allgemeiner Schulabschluss		Krankenpflege	Kinderkrankenpflege	Psych. Pflege	Altenpflege	Dauer/ Jahre	Verortung	Abschluss
Belgien	18	12 Jahre	Student	+				4	Fachhochschule	Fachhochschuldiplom
			Angestellter + Schüler					3	Berufsschule	Berufsdiplom
Dänemark	-	12 Jahre	Student	+				4	Fachhochschule	Fachhochschuldiplom
Deutschland	-	10 Jahre	Angestellter + Schüler	+	Differenzierung in der Ausbildung			3	Krankenpflege- schule oder Berufsfachschule (BFS)	Staatliche Prüfung / Zeugnis als Diplomäquivalent
Estland	-	12 Jahre	Student	+				3,5	Universität	Bachelor of Nursing
Finnland	-	-	Student	+				3,5	Universität	Bachelor of Nursing
Frankreich	-	12 Jahre	Student	+				3	Akademie	Berufsdiplom
Griechenland	-	12 Jahre	Student	+				4	Universität	Bachelor of Nursing
Großbritannien: England	17,5	12 Jahre	Student	+	Differenzierung in der Ausbildung	Differenzierung in der Ausbildung		3	Universität/ College	Diploma in Higher Education
								4		Bachelor of Nursing
Nord-Irland Schottland Wales										
Irland (Republik)	-	13 Jahre	Student	+	+			3	Universität/College	Bachelor of Nursing
Italien	-	13 Jahre	Student	+				3	Universität	Bachelor of Nursing
Lettland	-	12 Jahre	Student	+				3	Universität	Bachelor of Nursing
Litauen	-	12 Jahre	Student	+				3	Universität	Bachelor of Nursing
Luxemburg	-	11 Jahre	Schüler	+				3	Technisches Lyzeum	Berufsdiplom u. Abitur
Malta	-	12 Jahre	Student	+				4	Universität/College	Universitätsdiplom
Niederlande	17	12 Jahre	Student	+				4	Fachhochschule	Bachelor of Nursing
			Angestellter + Schüler					4	Berufsschule	Berufsdiplom
Österreich	17	10 Jahre	Schüler	+	+	+		3	Gesundheits- u Krankenpflege- schule als berufs- bildende mittlere Schule (BMS)	Berufsdiplom und Berufs- reifeprüfung möglich
Polen	-	12 Jahre	Student	+				4	Universität	Bachelor of Nursing
Portugal	-	12 Jahre	Student	+				4	Universität	Bachelor of Nursing
Schweden	-	12 Jahre	Student	+				3	Universität/ College	Universitätsdiplom Berufsdiplom
Slowakien	-	12 Jahre	Student	+				3	Universität	Bachelor of Nursing
Slowenien	-	12 Jahre	Student	+				3	Universität	Bachelor of Nursing
Spanien	-	12 Jahre	Student	+				3	Universität/College	Universitätsdiplom
Tschechien	-	12 Jahre	Student	+				4	Universität	Bachelor of Nursing
Ungarn	18	12 Jahre	Student	+				3 o. 4	Universität	Bachelor of Nursing o. Berufsdiplom
Zypern	-	12 Jahre	Student	+				3,25	Universität	Bachelor of Nursing

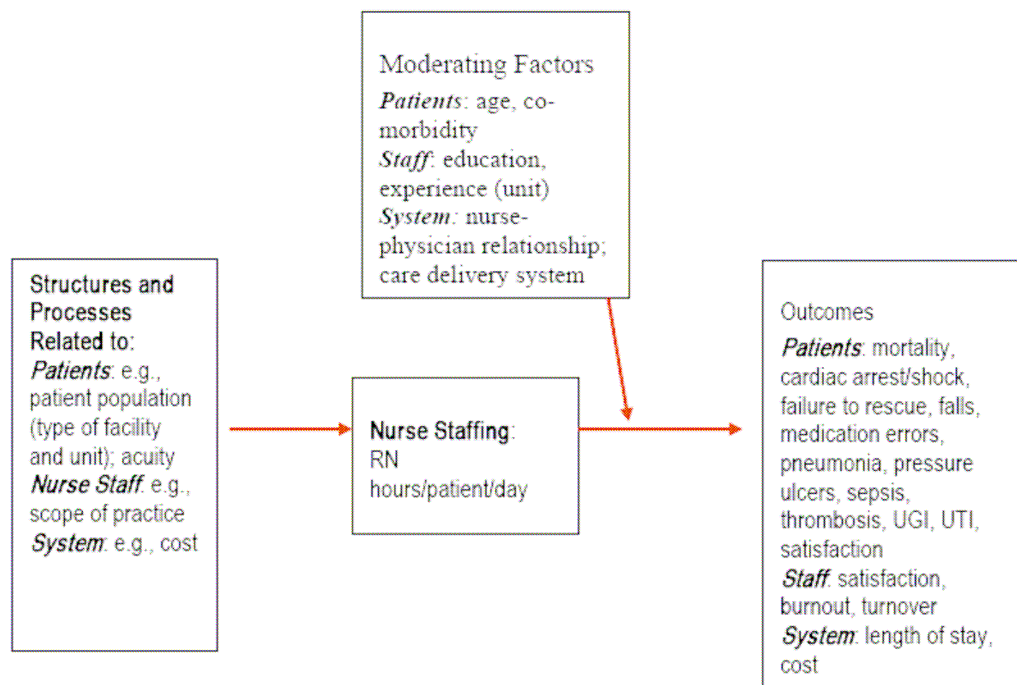
Stöcker, G. (2004), eigene Darstellung

Quellen: Renner-Althoff/Beremann-Tyocke, 2002; Country Reports: www.werr.org 2004

+ = Nur dieser Ausbildungsweg wird
jeweiligen Land angeboten.

Quelle: <http://www.dbfk.de/international/tab-pflege-eu2.pdf>

Figure 2. Factors that have a moderating influence on the effect of nurse staffing on patient safety



STAFF FACTORS AND ADVERSE OUTCOMES

Education

Education level of nursing staff has been identified in the literature as a moderating factor that influences the effect of nurse staffing on patient outcomes (Table 6). Two studies (Hickam et al., 2003; Blegen, Vaughn, and Goode, 2001) have suggested that baccalaureate-prepared nurses are more likely to demonstrate professional behaviours important to patient safety. Examples of these behaviours are problem-solving, performance of complex functions, and effective interdisciplinary communication. Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, and Silber (2003) demonstrated a strong positive relationship between nurse education level and reduced hospital mortality. Aiken and associates found that nurse staffing and education had independent and additive associations with patient mortality. The worst patient outcomes were found in hospitals where only 20 percent of the nurses had baccalaureate degrees. The best outcomes were found in hospitals where 60 percent of the nurses had baccalaureate degrees or higher. O'Brien-Pallas et al. (2004), in a Canadian study, reported that improved job satisfaction was 56-percent more likely for every 10-percent increase of nurses with degree preparation. Another Canadian study, by Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker, and Giovannetti (2005), found a higher nursing education level was associated with a 19-percent decrease in risk of 30-day patient mortality rates.